

## KRONİK HASTALIKLAR BEYAN FORMU

AD / SOYAD:	DOĞUM TARİHİ:
CİNSİYET:	MESLEK:

HİPERTANSİYON SORULARI	AÇIKLAMALAR
İlk defa ne zaman şikayetiniz oldu?	
İlaç kullanıyor musunuz? Evet ise lütfen isimlerini belirtiniz.	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
İlaçların kullanım süresi ve dozu nedir?	
İlaç kullanmadığınız dönemde tansiyonunuz en yüksek kaç olarak ölçüldü?	Tarih:
İlaç kullandığınız dönemde tansiyonunuz en yüksek kaç olarak ölçüldü?	Tarih:
Burun kanamanız oluyor mu? Evet ise lütfen ne sıklıkla olduğunu belirtiniz.	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
Yüksek tansiyon sebebiyle hiç hastaneye yattınız mı? Evet ise yatış tarihi nedir?	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
Varsa hastaneye yatış ile ilgili tüm belgeleri lütfen ekte gönderiniz.	

HİPERLİDEMİ (KAN YAĞLARI YÜKSEKLİĞİ) SORULARI	AÇIKLAMALAR
İlk defa ne zaman şikayetiniz oldu?	
İlaç kullanıyor musunuz? Evet ise lütfen isimlerini belirtiniz	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
İlaçların kullanım süresi ve dozu nedir?	
İlaç kullanmadığınız dönemde kolesterolünüz en yüksek kaç olarak ölçüldü?	Tarih:
İlaç kullandığınız dönemde kolesterolünüz en yüksek kaç olarak ölçüldü?	Tarih:

DİYABET SORULARI	AÇIKLAMALAR
İlk defa ne zaman kan şekeri yüksekliği ile ilgili şikayetiniz oldu?	
Hangi tip diyabet hastalığı tanısı aldınız? (Tip 1, Tip2)	
İnsülin kullanıyor musunuz?	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
İlaç kullanıyor musunuz? Evet ise lütfen isimlerini belirtiniz	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
İlaçların kullanım süresi ve dozu nedir?	
Ölçülen en yüksek Açlık Kan Şekeri değerleriniz nedir?	Son 1 ay içinde: Son 1 yıl içinde:
Ölçülen HbA1c testi değeriniz nedir?	Son 1 ay içinde: Son 1 yıl içinde:
Ayak ve bacaklarda iyileşmeyen yada geç iyileşen yaralar oldu mu ?	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
Son bir yıl içerisinde göz doktoruna gittiniz mi?	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
Kan şekeri yüksekliği sebebiyle hiç hastaneye yattınız mı? Evet ise yatış tarihi nedir?	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
Varsa hastaneye yatış ile ilgili tüm belgeleri lütfen ekte gönderiniz.	
Son 6 ay içerisinde yapılmış AKŞ, HbA1c, TİT, ÜRE ve KREATİNİN testleriniz varsa lütfen sonuçlarını ekte gönderiniz.	

KANSER SORULARI	AÇIKLAMALAR
Kanser tanısının konulduğu tarih nedir?	
Hangi organ, uzuv yada sistem için kanser tanısı konuldu?	
Kanser ilk teşhis edilen organdan başka bir organ ya da dokuya yayıldı mı? Evet ise lütfen açıklayınız.	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
Kanser nedeniyle ameliyat, ışın tedavisi ya da ilaç tedavisi gördünüz mü? Evet ise lütfen açıklayınız.	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
Kanser ile ilgili halen tedavi görüyor musunuz? Hayır ise son gördüğünüz tedavinin tarihini ve yerini lütfen belirtiniz.	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
Kanser ile ilgili en son ne zaman kontrol yaptırınız?	
Son yapılan kontrolde kanser ile ilgili bir bulguya rastlandı mı?	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
Son 3 ay içerisinde 5 kilodan fazla kilo kaybettiğiniz mi?	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
Kanser hastalığı hiç nüksetti mi?	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>
Lütfen Kanser hastalığı ile ilgili elinizdeki tüm raporları ekte gönderiniz.	

Bu Formda belirtilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu kabul ve beyan ederim.

Hayat / Ferdi Kaza Sigortası sözleşmesinin kurulması ve ifası için ve Kişisel Verilerin Korunmasına Yönelik Aydınlatma metninde yer alan bilgiler doğrultusunda, Kişisel / Özel Nitelikli Kişisel Verilerimin İşlenmesine rıza gösteriyorum.

AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. ve AXA SİGORTA A.Ş. ile acentelerinden, ticari elektronik ileti almak için 6563 sayılı Elektronik Ticaretin Düzenlenmesi Hakkında Kanun ve sair mevzuat çerçevesinde ve Kişisel Verilerin Korunmasına Yönelik Aydınlatma metninde yer alan bilgiler doğrultusunda onay veriyorum.

Hayat / Ferdi Kaza Sigortalı Bilgilendirme Formunu ve Kişisel Verilerin Korunmasına Yönelik Aydınlatma metnini okuyup kabul ettiğimi, seçtiğim ürün ve teminatlar ile Kişisel Verilerin Korunması Kanunu çerçevesindeki haklarım ve veri işleme süreçleri konusunda bilgilendiğimi, doldurulmuş bu başvuru formu ve verilen sağlık, aktivite ve meslek beyanı nedeniyle AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'nin herhangi bir taahhüt altına girmediyimi, şirketin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi, bu bilgiler ile ilgili beyan yükümlülüğüne aykırılık durumunda sorumluluğun tarafıma ait olduğunu, bildirimde bulunduğum tüm hususlar hakkında AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'yi doktor, sağlık kuruluşları, sigorta şirketleri ya da diğer kişi ve kuruluşlardan bilgi ve belge almaya yetkili kıldığımı, formda eksik veya hatalı bir bilgi verilmesi halinde Türk Ticaret Kanunu, Hayat Sigortalı Genel Şartları ve poliçe özel şartlarındaki hükümlerin geçerli olduğunu, tazminat taleplerinin reddedileceğini ve sigorta poliçesinin iptal edilebileceğini bildiğimi kabul ve beyan ederim.

Sigorta ettiren işbu formu imzalamakla, AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. tarafından sigortalı adayı için tıbbi tetkik talep edilebileceğini, sigorta yaptırmaktan vazgeçmesi halinde veya yapılan tetkiklerin sonucunda şirketin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlediğinin tespit edilmesi halinde yapılan tetkiklerin tüm masraflarının kendisi tarafından karşılanacağını bildiğini kabul ve beyan etmektedir. Sigortalı adayı, işbu formu imzalamakla, Türk Ticaret Kanunu'nun 1490'ncü maddesi uyarınca vefatı ihtimaline karşı sigorta sözleşmesi düzenlenmesine muvafakat ettiğini kabul ve beyan etmektedir. Türkiye dışında başka bir ülkede vergi mükellefiyeti bulunan kişiler, www.axahayatemeklilik.com.tr adresinden "Yabancı Uyrukluların Yükümlülükleri" başlıklı bilgilendirme metnine ulaşarak konu hakkında bilgi alabilirler.

SİGORTALI ADAYININ İMZASI:	TARİHİ:
----------------------------	---------

AXA HAYAT VE EMEKLİLİK AŞ HAYAT EMEKLİLİK OPERASYON MERKEZİ  
Meclis-i Mebusan Cad. No.15, 34433 Salıpazarı - İstanbul / Türkiye  
Tel: (0850) 250 99 99 Fax: (0212) 252 15 15 www.axahayatemeklilik.com.tr E-Posta: hayat@axasigorta.com.tr  
Ticaret Sicil No:328116 Büyük Mükellefler V.D.: 0920000019 Mersis No: 0092000001900012

Form No : 15.03.F.042 Rev. No : 5 Yayın Tarihi : 20.4.2022