

ÜRÜN BİLGİLERİ

UZUN SÜRELİ - AZALAN TEMİNATLI

Teminat	Teminat Tutarı	Sigorta Süresi	<input type="text"/> <input type="text"/> (Yıl)
<input checked="" type="checkbox"/> Vefat	_____	Prim Ödeme Süresi	<input type="text"/> <input type="text"/> (Yıl)
<input type="checkbox"/> Kaza Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet	_____	Prim Ödeme Dönemi	<input type="checkbox"/> Peşin <input type="checkbox"/> Aylık <input type="checkbox"/> 3 Aylık
Kredi Türü	<input type="checkbox"/> Konut <input type="checkbox"/> İhtiyaç	<input type="checkbox"/> 6 Aylık <input type="checkbox"/> Yıllık	
Aylık Net Faiz Oranı %	_____	Toplam Prim	_____
Azalış Periyodu	<input type="checkbox"/> Aylık <input type="checkbox"/> Yıllık		

• Kaza Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet teminatının seçilmesi durumunda, ilgili teminat tutarı Vefat teminatına eşit olacaktır.
• Prim ödeme süresi, sigorta süresinin en fazla tam yılı kadar olabilir.
• Sigorta süresi en fazla 15 yıl olabilir.
• Teminat tutarları kredi tipine, aylık net faiz oranına ve sigorta süresine bağlı olarak azalmaktadır.
• Aylık net faiz oranının belirtilmediği durumlarda oran sıfır olarak kabul edilecek ve teminat tutarı sigorta süresi boyunca azalış periyoduna bağlı olarak eşit şekilde (aritmetik olarak) azalacaktır.

BİR YILLIK / BİR YILDAN KISA SÜRELİ

Teminat	Teminat Tutarı	Sigorta Süresi	<input type="text"/> <input type="text"/> (Ay)
<input checked="" type="checkbox"/> Vefat	_____	Toplam Prim	_____
<input type="checkbox"/> Kaza Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet	_____		

• Kaza Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet teminatının seçilmesi durumunda, ilgili teminat tutarı Vefat teminatına eşit olacaktır.
• Sigorta süresi en fazla 12 ay olabilir.
• Prim ödeme şekli peşindir.

SİGORTA ETTİRENİN BİLGİLERİ

Adı _____ Soyadı _____ Tüzel Kişi ise Unvanı _____
İşi / Çalıştığı Sektör _____ Mesleği _____ Çalışma Ortamı Büro Şantiye Diğer _____
Doğum Tarihi _____ Doğum Yeri _____ Uyruğu _____ Cinsiyeti Erkek Kadın
Anne Adı _____ Baba Adı _____ Sigortalı adayı ile yakınlık ve/veya menfaat ilişkisi _____
Kimlik Belgesi Türü Nüfus Cüzdanı Ehliyet Pasaport* Kimlik Belgesi Seri Numarası _____
T.C. Kimlik No _____ *T.C. vatandaşı olmayan kişiler için
Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl _____ İlçe _____ Mahalle / Köy _____ Cilt No _____ Aile Sıra No _____ Sıra No _____
Sigorta ettiren tüzel kişi ise; Ticaret Sicil No / Dernek Kütük No / Vakıf Sicil Kayıt No _____
Sigorta ettiren tüzel kişi ise; Faaliyet konusu _____
Vergi Dairesi _____ Vergi Kimlik No _____
Sigorta ettiren T.C. vatandaşı değil ise yabancı kimlik numarası veya vergi kimlik numarası belirtilmelidir. Yabancı Kimlik No/Vergi No _____
Ev Tel (_____) _____ İş Tel (_____) _____ Faks (_____) _____
Cep Tel (_____) _____ E-Posta _____ @ _____
Ev Adresi _____ İlçe _____ İl _____ Posta Kodu _____
İş Adresi _____ İlçe _____ İl _____ Posta Kodu _____
Yazışma Adresi Ev İş _____
Başkası hesabına hareket ediyorsanız ve bu başvurunun gerçek faydalanıcısı formda belirtilen sigorta ettiren, sigortalı adayı veya lehtarlardan farklı kişi ise temsil ettiğiniz kişinin bilgilerini aşağıda beyan ediniz.
Ad / Unvan: _____ T.C. Kimlik No: _____ Vergi Kimlik No: _____

Sigorta ettiren ile sigortalı adayı aynı kişi mi? Hayır Evet (Cevabınız evet ise sigortalı adayı bölümünü doldurmayınız.)

Siyasi Nüfus Sahibi Kişi Beyanı

Bu sözleşmede sigorta ettiren olarak Siz (bizzat ya da aile bağı olan bir yakınınız) veya Sigortalı ya da Lehdar olarak yer alacak kişilerden biri (bizzat ya da aile bağı olan bir yakını), son bir yıl içinde; üst düzey kamu görevlisi, üst düzey siyasi, üst düzey adli ya da üst düzey askeri personel, üst düzey siyasi parti görevlisi/temsilcisi gibi görevleri üstlenmiş midir?

Kendiniz, Sigortalı ya da Lehdar için:

Evet Evet ise pozisyonu belirtiniz: _____
 Hayır Hiç olmadı: _____
1 yıl öncesinde oldu ise pozisyonu belirtiniz: _____

Sizin, Sigortalı ya da Lehdarın Yakını için:

Evet Evet ise yakınlığın derecesini (kardeş, baba vs)ve kişi bilgilerinizi (ad-soyad, pozisyon) belirtiniz: _____
 Hayır Hiç olmadı: _____
1 yıl öncesinde oldu ise pozisyonu belirtiniz: _____

SİGORTALI ADAYININ BİLGİLERİ

Adı _____ Soyadı _____

İşi / Çalıştığı Sektör _____ Mesleği _____ Çalışma Ortamı Büro Şantiye Diğer _____

Doğum Tarihi _____ Doğum Yeri _____ Uyuşu _____ Cinsiyeti Erkek Kadın

Anne Adı _____ Baba Adı _____

Kimlik Belgesi Türü Nüfus Cüzdanı Ehliyet Pasaport* Kimlik Belgesi Seri Numarası _____

T.C. Kimlik No _____ *T.C. vatandaşı olmayan kişiler için

Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl _____ İlçe _____ Mahalle / Köy _____ Cilt No _____ Aile Sıra.No _____ Sıra No _____

Sigortalı aday T.C. vatandaşı değil ise yabancı kimlik numarası veya vergi kimlik numarası belirtilmelidir. Yabancı Kimlik No/Vergi No _____

Ev Tel (_____) _____ İş Tel (_____) _____ Faks (_____) _____

Cep Tel (_____) _____ E-Posta _____ @ _____

Ev Adresi _____ İlçe _____ İl _____ Posta Kodu _____

İş Adresi _____ İlçe _____ İl _____ Posta Kodu _____

SİGORTALI ADAYININ SAĞLIK BEYANI

Son 5 yıl içerisinde, kalp, akciğer veya dolaşım sistemi bozuklukları, yüksek tansiyon, inme, diyabet, böbrek, karaciğer, nörolojik bozukluklar, HIV enfeksiyonu veya AIDS, Hepatit B veya C, kanser, melanom (cilt kanseri), tümör veya benzeri herhangi bir oluşum rahatsızlıklarından herhangi birinin semptomunun tarafımda görülmediğini, tanısının konulmadığını ve mevcutta bu rahatsızlıklara ilişkin herhangi bir muayene sürecinde olmadığını ve muayene olma eğilimim olmadığını ve son 2 yıl içerisinde müteakip 7 günden uzun süre hastanede yatmadığımı beyan ederim.

 Evet Hayır

Cevabınız HAYIR ise lütfen açıklama bölümünü doldurunuz.

Tarih, Sigortalı Adayının
Adı Soyadı, İmzası

DAİN-İ MÜRTEHİN/LEHTAR BİLGİLERİ

Vefat tazminatının kime ödenmesini istersiniz?

 Lehtar(lar)a (Lütfen aşağıda belirtiniz.) Sigortalının kanuni varislerine (Aşağıdaki alanların doldurulması gerekmemektedir.)

Lehtarın Adı Soyadı	TCKN	Doğum Tarihi	Pay	Sigortalı Adayı İle Yakınlık İlişkisi
_____	_____	_____	% _____	_____
_____	_____	_____	% _____	_____
_____	_____	_____	% _____	_____

Maluliyet teminatının seçilmiş olması durumunda, maluliyet tazminatının kime ödenmesini istersiniz?

 Sigortalıya (Aşağıdaki alanların doldurulması gerekmemektedir.) Lehtar(lar)a (Lütfen aşağıda belirtiniz.)

Lehtarın Adı Soyadı	TCKN	Doğum Tarihi	Pay	Sigortalı Adayı İle Yakınlık İlişkisi
_____	_____	_____	% _____	_____
_____	_____	_____	% _____	_____
_____	_____	_____	% _____	_____

Dain-i Mürtehin'in (öncelikli alacaklı; banka, finans kurumu vb.) var ise, bilgilerini lütfen aşağıda belirtiniz.*

Dain-i Mürtehin'in Adı: _____

Dain-i Mürtehin'in Adresi: _____

Poliçenin süresinden önce sonlandırılması Dain-i Mürtehin onayına bağlanmış mıdır?

 Evet Hayır

*Dain-i mürtehin belirtilen poliçelerde tazminat tutarı dain-i mürtehine, dain-i mürtehinin alacağını aşan kısım var ise lehtar(lar)a, lehtar da belirtilmemişse hak sahiplerine ödenir.

PRİM ÖDEME ŞEKLİ

 Kredi Kartı Havale

Prim ödemelerinizi banka havalesiyle ödemeyi tercih ediyorsanız, ödemelerinizi aşağıda belirtilen hesap numarasından yapabilirsiniz.

ING BANK MERKEZ 2991090-MT5 Numaralı TL IBAN: TR350009900299109000100018

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, sigorta sözleşmesine taraf olmak isteyen ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, yapılacak sigorta sözleşmesine ilişkin önemli bazı hususlarda genel amaçlı bilgi vermek amacıyla 28.10.2007 tarihli Resmi Gazete de yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır. Hayat Sigortası Genel Şartları, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu ile uyumlu hale getirilene kadar, işbu bilgilendirme formunda yer alan hususların 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu ile çatışması halinde kanun hükümleri esas alınacaktır.

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

A. SIGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER (İlgili alanlar sigortacı ve acente tarafından doldurulacaktır.)

1. Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;

Ticaret Unvanı:

Adresi:

Tel & Faks no:

2. Teminatı veren sigortacının;

Ticaret Unvanı: AXA HAYAT EMEKLİLİK A.Ş.

Adresi: MECLİS-İ MEBUSAN CAD. NO:15 SALİPAZARI 34433 SALİPAZARI BEYOĞLU İSTANBUL

Tel & Faks no: 0850 250 99 99 & (0212) 251 47 98

B. SIGORTA TEMİNATLARI

Vefat: Sigortalının, sözleşmede gösterilen süre içinde vefat etmesi halinde; poliçede belirtilen vefat teminat tutarı, vefat tazminatı olarak poliçede belirtilmişse daimi mürtehinine, daim-i mürtehinin alacağını aşan kısım var ise lehtar(lar)a lehtar da belirtilmemişse hak sahiplerine ödenir.

Kaza Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet: Sigorta süresi içinde. Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları'nda tanımlanan bir kaza, sigortalının derhal veya kaza tarihinden itibaren iki sene zarfında tam, kati, daimi maluliyetine sebebiyet verdiği takdirde, tıbbi tedavinin sona ermesini ve daimi maluliyetin kafi surette tespitini müteakip, poliçede belirtilen kaza sonucu tam ve daimi maluliyet teminatı, poliçede belirtilen daim-i mürtehinine, aşan kısım var ise lehtar(lar)a, lehtar da belirtilmemişse hak sahiplerine ödenir."

C. HAYAT SİGORTALARINDA VERGİ UYGULAMALARI

Hayat sigortaları için ödenen primler belli koşullarda ödenecek gelir vergisi matrahından indirilebilir. Bu konuda sigortacınıza danışınız.

D. GENEL BİLGİLER

1. Sigortacının ödeyeceği tazminat, sözleşmenin kurulması sırasında, ilke olarak, herhangi bir sınırlandırmaya tabi olmaksızın taraflarca serbestçe belirlenir.
2. Birden fazla sigortacıya aynı veya değişik sigorta teminat bedelleri üzerinden sigorta yaptırılabilir. Bu durumda her bir sigortacının tazminat ödeme borcu birbirinden bağımsızdır.
3. Sözleşme süresi içinde, sigorta ettirenin talebi ve sigortacının da kabulü hâlinde sigorta teminat bedeli artırılabilir.
4. Başkasının hayatı üzerine sigorta yapılabilmesi için, o kişinin hayatının devamında lehtarın menfaatinin bulunması şarttır. Ayrıca, ölüm ihtimaline karşı yapılan sigortalarda, sigorta bedelinin mutad cenaze giderlerini aşması halinde sigortalının veya varsa kanuni temsilcisinin yazılı izni gerekir. Sigortalı 15 yaşından büyüğe, kanuni temsilcisinin dışında ayrıca onun da izni alınır.
5. Sigorta sözleşmesinin yapılmasına ilişkin başvuru formu, sigorta şirketine ulaştığı andan itibaren 30 gün içinde reddedilmemişse sözleşme kurulmuş olur. Başvuru formunun verilmesi sırasında alınan para, sözleşme kurulmuşsa ilk prim olarak kabul edilir ya da ilk prime mahsup edilir. Başvuru formu reddedilmişse ödenen para iade edilir.
6. Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksitinin, poliçenin tesliminde ödenmesi gerekir. İlk prim ödenmeden riskin gerçekleşmesi durumunda sigortacının sorumluluğu başlamaz.
7. İleride doğabilecek birtakım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.
8. Sözleşme kurulmadan önce, sigorta başvuru formunda yer alan sorulara doğru cevap verilmesi gereklidir. Bu yükümlülüğün ihlali hâlinde sigortacının sözleşmeden cayma veya ek prim almak suretiyle sözleşmeye devam etme hakları saklıdır. Bu nedenle sözleşmenin her aşamasında sigortacıya eksik veya yanlış bilgi vermekten kaçınınız. Aksi takdirde, tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama hâlleri ortaya çıkabilir.
9. En az 1 yıllık primi ödenen sigortada sigortacı poliçenin iadesi kaydıyla sigortayı satın almaya mecburdur (iştirâ). Bu süre sözleşmeyle kısaltılabilir.
10. En az 1 yıllık primi ödenen sigortada, sözleşmede belirlenen şartlar çerçevesinde ödünç para alma hakkı vardır. Bu süre sözleşmeyle kısaltılabilir.
11. En az 1 yıllık primi ödenen sigortada, daha sonra prim ödenmediği takdirde sigorta bedeli sigorta poliçesinin bağlı olduğu sigorta tarifesinin teknik esaslarında gösterildiği şekilde indirilir. Bu süre sözleşmeyle kısaltılabilir.
12. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi için, Hayat Sigortası Genel Şartları'nı ve Hayat Sigortaları Yönetmeliği'ni dikkatlice okuyunuz. (Hayat Sigortaları Genel Şartları'na ve Hayat Grubu Sigortaları Yönetmeliği'ne www.axahayatemeklilik.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.) Bilgilendirme Yönetmeliği'ne "<http://www.axahayatemeklilik.com.tr>" www.axahayatemeklilik.com.tr adresinden ulaşılabilir.
13. Hiçbir sigortacı ve reasürör verilen bir teminatın ya da ödemekle yükümlü olduğu bir hasarın ya da sağladığı bir menfaatin, o sigortacıyı ve reasürörü Birleşmiş Milletler kararları ya da Avrupa Birliği'nin Birleşik Krallık'ın ya da Amerika Birleşik Devletleri'nin ticari ve ekonomik yaptırma, yasağa ya da kısıtlamaya maruz bırakması durumunda ve bıraktığı ölçüde o teminatı vermiş ya da o hasarı ödemekle yükümlü hale gelmiş ya da menfaati sağlamış sayılmayacaktır.

E. SIGORTA TAZMİNATI ÖDEMESİNİN YAPILMASI

1. Sigorta ettiren, sigorta bedelinin ödeme borcunun doğmasını sağlamak amacıyla sigortalıyı öldürür veya öldürülmesinde suç ortaklığı ederse, sigortacı sigorta bedeli ödeme borcundan kurtulur. Lehtar sigortalıyı öldürmüş veya onun öldürülmesinde suç ortaklığı etmişse sigorta bedelinden mahrum kalır ve bu bedel ölenin mirasçılara ödenir.
2. Sözleşmede birden fazla lehtar (sigortadan faydalanan kişi) tayini mümkündür. Lehtarların her biri için ayrı ayrı hisse belirlenmemişse, hepsi eşit oranda pay sahibidir. Mirasçı dışındaki kimseler de lehtar olarak gösterilebilir.
3. Sigorta tazminatı başvurusu için gereken bilgi ve belgelere ilişkin listeyi, poliçenin hazırlanmasını müteakip sigortacınızdan isteyiniz.
4. Riskin gerçekleşmesi durumunda 30 iş günü içinde, gerekli bilgi ve belgelerle birlikte ön sayfada adres ve telefonları yer alan sigortacıya başvuruda bulununuz.
5. Riskin gerçekleşmesi hâlinde, tazminat ödeme borcu sigortacıya aittir.
6. En az 3 yıl devam eden bir sigortada, sigortalı intihar ya da buna teşebbüs sonucu ölürse, sigortacı sigorta bedelinin tamamını, ilk 3 yıl içinde ise sigortanın o andaki matematik karşılığını öder.
7. Sigorta süresi içinde maluliyet teminatları için ödenecek toplam tazminat tutarı her halükarda sözleşmede belirlenmiş olan maluliyet teminatları tutarlarından yüksek olamaz.

F. DİĞER BİLGİLER (İlgili alanlar sigortacı tarafından doldurulacaktır.)Sigortacı; Tahkim sistemine üye Tahkim sistemine üye değil**G. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ** (İlgili alanlar sigortacı tarafından doldurulacaktır.)

Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 işgünü içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.

Tarih, Sigortalı Adayının
Adı Soyadı, İmzası

Tarih, Sigortacı veya Aracının
Kaşesi ve Yetkilinin İmzası

AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.

Hayat Emeklilik Operasyon Merkezi
Meclis-i Mebusan Cad. No.15 34433 - İstanbul, Türkiye
Tel: 0 850 250 99 99
Faks: 0212 293 58 68
E-Posta: hayat@axasigorta.com.tr
www.axahayatemeklilik.com.tr

BİLDİRİM VE YETKİ**1 KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASINA YÖNELİK AYDINLATMA**

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu çerçevesinde AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. Kişisel / Özel Nitelikli Kişisel Verilerinizi "Veri Sorumlusu" sıfatıyla işlemektedir. Bu çerçevede Poliçenizi / Sözleşmenizi satın aldığınız acentemiz Kişisel / Özel Nitelikli Kişisel Verilerinizi "Veri İşleyici" sıfatıyla işlemektedir. Bu "Aydınlatma Bildirimi" verinizin asıl sahibi olarak size bilgi vermek ve haklarınızı hatırlatmak amacıyla sunulmaktadır. Kişisel / Özel Nitelikli Kişisel Verilerinizin şirketimize aktarılmasından önce lütfen okuyunuz. Aydınlatma Bildirimi; "Veri Sorumlusu" veya yetkilendirdiği Gerçek / Tüzel Kişi tarafından sözlü, yazılı, çağrı merkezi gibi fiziki veya elektronik ortam kullanılmak suretiyle yerine getirilebilir. AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. olarak bu metin ile aydınlatma yükümlülüğümüzü yerine getirmekteyiz. (0850) 250 99 99 numaralı Müşteri Hizmetleri Merkezimizi arayarak yetkililerimizden daha fazla bilgi alabilirsiniz.

A. Veri Sorumlusu ve Varsa Temsilcisinin Kimliği

Ticaret Sicil No : 328116 Vergi Kimlik Bilgileri : Büyük Mükellefler VD. 092 00 000 19
MERSİS No : 0092000001900012
Müşteri Hizmetleri : (0850) 250 99 99
İnternet : www.axahayatemeklilik.com.tr
Sorularınız için : kisiselverikoruma@axasigorta.com.tr

B. Kişisel Verileriniz Hangi Amaçla İşlenmektedir ?

Kişisel / Özel Nitelikli Kişisel Verileriniz sigortacılık ve emeklilik mevzuatı başta olmak üzere, kanunlar ve sair mevzuat kapsamında vermekte olduğumuz; risk değerlendirme, sigorta satış ve pazarlama faaliyetleri, her türlü iletişimin sağlanması ve bu amaçla ticari elektronik ileti gönderilebilmesi, tazminat ödeme ile asistans faaliyetleri başta olmak üzere aralarımız ve diğer iş ortaklarımız aracılığıyla sigorta ve emeklilik sözleşmeleri kapsamında sizlere verilecek hizmetlerin yerine getirilmesi süreçlerinde işlenmektedir.

C. Kişisel Verilerinizi Kimlere ve Hangi Amaçla Aktarıyoruz ?

Sigortacılık, emeklilik ve sair mevzuat çerçevesinde kişisel verileriniz; T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Emeklilik Gözetim Merkezi başta olmak üzere zorunlu raporlamaların hazırlanabilmesi amacıyla çeşitli kurum ve kuruluşlara; sigortacılık faaliyetinin yürütülebilmesi için hizmet alınan aktüerya, bilişim teknolojileri şirketleri gibi özel kuruluşlara; sigortacılık hizmetlerimiz çerçevesinde fiyatlama, satış ve pazarlama işlemleri ile istatistiksel analizler yapmak üzere; AXA SİGORTA A.Ş., acentelerimiz ve AXA Grubu içerisinde yer alan merkezlere ve diğer iştiraklerimize de aktarılabilmektedir.

D. Kişisel Verilerinizin Toplama Yöntemi ve Hukuki Sebebi

Sigorta poliçeleri ve emeklilik sözleşmelerinin taraflarına ait Kişisel / Özel Nitelikli Kişisel Veriler; acentelerimiz, internet uygulamalarımız ve çağrı merkezimiz aracılığı ile doğrudan doğruya sizlerden ve sigorta sözleşmelerinden kaynaklanan yükümlülüklerin yerine getirilebilmesi için kamu kurumları tarafından tarafımıza erişim yetkisi verilen veri tabanlarından derlenmektedir. Kişisel verileriniz, "6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" ve sair mevzuat çerçevesinde sadece sigortacılık faaliyetlerinin yürütülmesi amacı ile ve bu amacın gerektirdiği yasal sürelerle sınırlı olarak işlenmektedir.

E. Kişisel Verisi İşlenen "İlgili Kişi" Olarak Kanun Nezdindeki Haklarınız Nelerdir?

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında aşağıda belirtilmekte olan haklara sahipsiniz:

- Verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenebilirsiniz,
- Verilerinizin işlenmiş ise bilgi talep edebilirsiniz,
- Verilerinizin işlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenebilirsiniz,
- Verilerinizin yurt içinde / yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişiler hakkında bilgi alabilirsiniz,
- Verilerinizin eksik / yanlış işlenmiş ise, verilerinizin düzeltilmesini isteyebilirsiniz,
- Verilerinizin silinmesini veya yok edilmesini (*) isteyebilirsiniz,
- Yukarıda (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerin aktarıldığı 3ncü kişilere bildirilmesini isteyebilirsiniz,
- Verilerinizin münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkması durumunda bu sonuca itiraz edebilirsiniz,
- Verilerinizin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız halinde zararınızın giderilmesini talep edebilirsiniz,

(*) Sizlerle gerçekleştirmekte olduğumuz işlemlere ilişkin dokümanların saklanması dair yasal zorunluluklarımız bulunmaktadır. Kişisel verilerinizin silinmesini veya yok edilmesini talep etmeniz halinde, yasal zorunluluklar kapsamında belirlenen sürenin sonunda bu talebinizi yerine getirmemiz mümkün olabilecektir. Kişisel verileriniz hakkında daha fazla bilgi almak isterseniz, çağrı merkezimiz ile (0850) 250 99 99 numaradan iletişime geçebilir ya da kisiselverikoruma@axasigorta.com.tr adresine elektronik posta gönderebilirsiniz.

2 BEYAN ve ONAYLAR:

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

Kabul Ediyorum Kabul Etmiyorum

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.

Kabul Ediyorum Kabul Etmiyorum

Hayat Sigortaları 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, doldurulan bu başvuru formu ve verilen sağlık, aktivite ve meslek beyanı nedeniyle AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'nin herhangi bir taahhüt altına girmediğini, 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 Sigortaları 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'ıncı 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 Uyruklu Sigortalıların Yükümlülükleri" başlıklı bilgilendirme metnine ulaşarak konu hakkında bilgi alabilirler.

SİGORTA ETTİRENİN

Adı / Soyadı :

Tarih (*) : / /

Sigortanın başlamasını istediğiniz tarih:

: / /

İmza:

(*) Formun doldurulduğu tarihtir. Sigorta başlangıç tarihi, formun doldurulduğu tarihten daha eski olamaz.

SİGORTALI ADAYININ

Adı / Soyadı :

Tarih (*) : / /

Formun 1. sayfasında yer alan sağlık, aktivite ve meslek beyanı tarafımdan doldurulmuştur.

İmza:

(*) Formun doldurulduğu tarihtir. Sigorta başlangıç tarihi, formun doldurulduğu tarihten daha eski olamaz.

ARACININ

Adı / Soyadı :

Kodu :

Tarih (*) : / /

Kaşe / İmza

(*) Formun sigorta şirketine/aracısına teslim edildiği tarihtir.

DOLDURULAN BU FORM SADECE BAŞVURU NİTELİĞİNDE OLUP, KABULÜ AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş TARAFINDAN YAPILACAK DEĞERLENDİRMEYE TABİDİR.

Başvuru formunun herhangi bir sebepten dolayı 30 gün içinde AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş tarafından kabul edilmemesi halinde tahsil edilen prim sigorta ettirene iade edilir. Başvuru talebinin onaylanması halinde tanzim edilmiş poliçe, başvuru talebinin reddedilmesi halinde ise gerekçeli ret yazısı başvuru tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde sigorta ettirenin beyan etmiş olduğu adrese iletilecektir. Söz konusu belgenin 30 gün içinde ulaşmaması halinde lütfen şirketimiz ile irtibata geçiniz.