

SİGORTALI DEĞİŞİKLİĞİ FORMU

SİGORTA ETTİREN TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

Police No:

Sigortalı Adı Soyadı:

Yukarıda numarası yazılı poliçemdeki mevcut sigortalının yerine aşağıda bilgileri bulunan kişinin sigortalı olarak atanmasını istiyorum. Gereğinin yapılmasını rica ederim.

Sigortalı Adayının;

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Doğum Yeri:

T.C. Kimlik No:

Meslek:

Görev:

Sigorta Ettirenin;

Yazışma Adresi:

ikamet (UAVT)

iş

ikamet (UAVT) Adresi:

Posta Kodu:

İş Adresi:

Posta Kodu:

ikamet

iş

Cep

Telefon No:

Fax No:

E-posta:

@

Poliçe süresi içinde, seçtiğim yazışma seçeneğinin yanında, Ulusal Adres Veri Tabanı (UAVT) adresimin de Axa Hayat ve Emeklilik AŞ tarafından kullanılmasına izin veriyorum.

SİGORTA ETTİREN

ADI SOYADI :

TARİH (*):/...../.....

TALEP GEÇERLİLİK TARİHİ :/...../.....

İMZA:

(*) Formun Doldurulduğu Tarihtir.



SİYASİ NÜFUZ SAHİBİ KİŞİ BEYANI

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 bilgilerini (ad-soyad, pozisyon) belirtiniz:
 Hayır Hiç olmadı:
1 yıl öncesinde oldu ise pozisyonu belirtiniz:

SİGORTALI ADAYININ SAĞLIK, AKTİVİTE VE MESLEK BEYANI

1- Sağlığa bağlı sebeplerle reddedilmiş, ertelenmiş veya sür primle kabul edilmiş, ya da muafiyet uygulanmış bir hayat veya kritik hastalıklar başvurunuz oldu mu? (Cevap evet ise, ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma(*) eklenmelidir.)

- Evet Hayır

2- Almakta olduğunuz bir maluliyet maaşı veya çalışmanızı etkileyen bir engeliniz bulunuyor mu, ya da daha önce maluliyet, kaza, tıbbi bakım ve/veya tehlikeli (kritik) hastalıklar için tazminat başvurusunda bulundunuz mu? (Cevap evet ise, ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma(*) eklenmelidir.)

- Evet Hayır

3- İşiniz gereği herhangi bir mesleki riske maruz musunuz ya da havacılık, serbest paraşüt, paraşütle atlama, yelken kanat sporu, motor sporları, dalış, tırmanma, mağara kaşifliği veya diğer tehlikeli spor aktivitelerinden herhangi birini yapma niyetiniz bulunuyor mu? (Cevap evet ise ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma (*) eklenmelidir.)

- Evet Hayır

4- Aşağıdaki durumlardan herhangi biri için doktor görüş aldınız mı veya tedavi gördünüz mü? (Cevap evet ise, ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma(*) eklenmelidir.)

- Evet Hayır

Göğüs ağrısı, yüksek tansiyon, kalp krizi, kalp cerrahisi, kardiyomiyopati, valvüler (kalp kapak) defektleri, diğer kardiyovasküler hastalıklar

İnme, TIA (geçici iskemik atak), anevrizma, beyin kanaması, diğer serebrovasküler hastalıklar

Diyabet, diğer metabolik veya endokrin bozukluklar



- Obezite
- Kanser, melanom, lösemi, tümör veya her tür düzensiz hücre bölünmesi ve çoğalması belirtisi
- Gastrointestinal hastalıklar (sindirim, emilim, boşaltım sistemlerini içeren hastalıklar; reflü, mide hastalıkları, bağırsaklar polipleri, Çölyak Hastalığı, Crohn Hastalığı vs.)
- Genitoüriner hastalıklar (böbrek, diğer üriner sistem ve prostat hastalıkları, rahim, yumurtalıklar vs. dahil)
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), kronik bronşit, sarkoidoz, pnömoni, amfizem veya diğer solunum bozuklukları
- Multipl skleroz, epilepsi, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, motor nöron hastalığı veya diğer nörolojik hastalıklar
- Psikiyatrik hastalıklar
- Ekstremiteler, eklem veya kemik hastalıkları, otoimmün hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar
- Hepatit B veya C, HIV, Lyme Hastalığı, tüberküloz, alkol veya madde bağımlılığı

5- Şu anda herhangi bir hastalık sebebiyle almakta olduğunuz, almayı düşündüğünüz veya almanız önerilen herhangi bir tıbbi tedavi bulunuyor mu, ya da sonuçlarını beklediğiniz herhangi bir test/araştırma var mı? (Cevap evet ise ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma (*) eklenmelidir.)

Evet

Hayır

6- Belirtilmiş olan rahatsızlıklar dışında doktora veya farklı bir sağlık uzmanına göründünüz mü, ya da 7 günden uzun süren başka bir rahatsızlık sebebiyle (grip ve soğuk algınlığı dışında) ilaç tedavisi gördünüz mü? (Cevap evet ise ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma (*) eklenmelidir.)

Evet

Hayır

7- Son 1 yıldır Sigara / Elektronik Sigara / Tütün ürünleri, vs. kullanıyor musunuz? (Cevap evet ise kullanım yılı ile birlikte günlük sigara kullanım adedi belirtilmelidir.)

Evet (.....yıl.....adet/gün)

Hayır

8- Alkol kullanıyor musunuz? (Cevap evet ise haftalık alkol kullanım miktarı belirtilmelidir.)

Evet (.....kadeh/hafta)

Hayır

9- Son 14 gün içerisinde;

a) Aniden ortaya çıkan sürekli öksürük, yüksek ateş, tat veya koku kaybınız oluştu mu? Evet Hayır

b) Koronavirüs testiniz pozitif çıktı mı veya size COVID-19 teşhisi konuldu mu? Evet Hayır

10- Sorular arasında yer almamakla birlikte sigortacı açısından önemli kabul edilebilecek ve sigorta sözleşmesinin yapılması sırasında beyan edilmesi gereken başka bir husus var ise lütfen belirtiniz. **(Sigortacıya bildirilmeyen, eksik veya yanlış bildirilen hususlar, sözleşmenin yapılmamasını veya değişik şartlarda yapılmasını gerektirecek nitelikte ise, önemli kabul edilir.)**



(* Verilecek son durum raporları bu başvuru formunun ayrılmaz bir parçası olacaktır.

Lehtar değişikliği için aşağıdaki bölüm Sigorta Ettiren tarafından doldurulacaktır.

Vefat tazminatının kime ödenmesini istersiniz?

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

Lehtar Adı Soyadı	T.C. Kimlik No	Doğum Tarihi	Sigortalı ile yakınlık ve / veya menfaat ilişkisi	Pay (%)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Maluliyet teminat(lar)ının seçilmiş olması durumunda, maluliyet tazminat(lar)ının kime ödenmesini istersiniz?

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

Lehtar Adı Soyadı	T.C. Kimlik No	Doğum Tarihi	Sigortalı ile yakınlık ve / veya menfaat ilişkisi	Pay (%)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 mürtehinine, dain-i mürtehinin alacağını aşan kısım var ise lehtar(lar)a, lehtar da belirtilmemişse hak sahiplerine ödenir.

***5549 sayılı Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi Hakkında Kanun uyarınca hayat sigortası poliçelerinde sigorta ettirenin kimlik tespiti zorunludur. Kimlikte yer alan bilgilerin belgeler ile teyidi ise yıllık prim tutarı 5.000 TL (18/03/2016 tarihinden önce tanzim edilen poliçeler için yıllık prim tutarı 2.000 TL'dir.) ve üzerinde olan poliçelerde yapılmalıdır. Adres bilgileri UAVT ve sigorta ettirenin beyan ettiği son 3 aylık abonelik gerektiren fatura vb. üzerinden tespit edilerek sisteme kaydedilmelidir. Adres bilgilerinin belgeler ile teyidi tazminat tutarı 75.000 TL ve üzerinde olan poliçeler için gereklidir.



Bu formun ekinde aşağıdaki evrak gönderilmelidir.

- 1) Gerçek kişiler (Şahıslar) için; kimlik fotokopisi (üzerine iş, meslek, ikamet/iş adresi, telefon/faks numarası, e-posta adresi yazılıp imzalanmalıdır.), ticaret siciline kayıtlı tüzel kişiler için (Firmalar) ticaret sicil gazetesi/faaliyet belgesi, vergi levhası fotokopisi (üzerine telefon/faks numarası, e-posta adresi yazılıp imzalanmalıdır.)
- 2) Yıllık prim tutarı 5.000 TL ve üzerinde olan poliçelerde iletilecek kimlik fotokopisine ek olarak sigorta ettiren adına kayıtlı son 3 aya ait bir fatura (doğalgaz, elektrik, su vs.) ya da ikametgâh belgesi

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 işlenmesine 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 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'uncu 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 ETTİREN	SİGORTALI
ADI SOYADI : TARİH (*):/...../..... TALEP GEÇERLİLİK TARİHİ :/...../..... İMZA:	ADI SOYADI : TARİH (*):/...../..... İMZA:
(*) Formun Doldurulduğu Tarihtir.	(*) Formun Doldurulduğu Tarihtir.

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