

**YILLIK HAYAT SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU**Başvuru No **Ölme İhtimaline Karşı Verilen Teminatlı Hayat Sigortaları**

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.

**A. SİGORTACI'YA İLİŞKİN BİLGİLER****SİGORTA ŞİRKETİ VAKIF EMEKLİLİK VE HAYAT AŞ**

Ticaret Sicil No : 274811  
Adresi : Muallim Naci Cad. No:22 ORTAKÖY/İSTANBUL  
Tel & Faks no. : 0 212 310 37 00 & 0 212 310 39 85  
Müşteri Hizmetleri : 0850 222 9 237  
E-mail : vakifemeklilik@vakifemeklilik.com.tr - info@vakifemeklilik.com.tr  
Web : www.vakifemeklilik.com.tr

**SÖZLEŞMEYE ARACILIK EDEN SİGORTA ACENTESİNİN**

Adresi .....  
Telefon Numarası .....  
Faks Numarası .....

**B. TEMİNATLAR****1.Vefat Teminatı:**

Sigorta poliçesi dahilinde sigorta başlangıcında belirlenen vefat tarihinde ödenmesi öngörülen teminattır. Sigorta süresi içinde gerçekleşen ve sigortalının herhangi bir sebepten dolayı vefatı halinde poliçede belirlenen tutarda Ölüm Teminatı kanuni varislerine veya hak sahiplerine ödenir. Sigortalının poliçe süresi içerisinde vefat etmesi halinde Hayat Sigortaları Genel Şartları çerçevesinde vefat teminatı ödenir.

**2.Ek Teminatlar**

Sigortanın özelliği gereği varsa poliçede belirtilen riskleri Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde teminat altına alınır. Ek teminat olarak, kaza sonucu maluliyet ve hastalık sonucu maluliyet teminatları sunulmaktadır. Kaza sonucu ve hastalık sonucu maluliyet teminatları Vefat teminatının 2 katından fazla olamaz.

**C. KESİNTİLER****Kesintiler: (..... Yıl Süresince Her Yıl)**

- Gider Payı Masrafları (%) : %5
- Aracı Komisyonları (%) : %30

**D. VERGİ UYGULAMASI**

Hayat sigortası için ödenen primler vergiye esas matrahtan düşülebilir. Bu konuda sigortacınıza danışınız.

**E. 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 bedeller üzerinden sigorta yaptırılabilir. Bu durumda her bir sigortacının tazminat ödeme borcu birbirinden bağımsızdır.
3. Sözleşme süresi içinde, sigorta ettirenin talebi ve sigortacının da kabulü halinde sigorta bedeli artırılabilir.
4. Başkası sigortalı olarak atandığında, sigortalının hayatının devamında lehtarın menfaatinin bulunması şarttır. Menfaat şartının sözleşmenin yapılmasından sonra ortadan kalkması halinde sözleşme o andan itibaren geçersizdir.
5. Başkasının sigortalı olarak atanabilmesi için, sigortalının veya varsa kanuni temsilcisinin yazılı izni gerekmektedir. Yine, sigortalı onbeş yaşından büyükse ayrıca onun da izni gerekmektedir. Sigortalının kanuni temsilcisi olduğu veya kanuni temsilcinin lehtar olduğu durumda, kanuni temsilcinin izin verilmesinde sigortalıyı temsil yetkisi bulunmamaktadır. İzin olmadan yapılan sözleşme, icazet verilmediği takdirde geçersizdir.
6. Sigorta sözleşmesinin yapılmasına ilişkin teklifname tarihinden itibaren 30 gün içinde reddedilmemişse sözleşme kurulmuş sayılır. Teklifnamenin verilmesi sırasında yapılmış ödemeler, sözleşmenin yapılmasından sonra prim olarak kabul edilir veya ilk prime sayılır. Bu ödemeler sözleşme yapılmadığı takdirde kesinti yapılmadan faiziyle birlikte geri verilir. Sigorta başlangıç tarihinden itibaren 30 gün sonrası iptallerde gün esaslı iptal yapılır.
7. Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksidinin, poliçenin tesliminde ödenmesi gerekir. Primin ödenmemesi durumunda Sigortacı'nın sorumluluğu başlamaz. İlk taksidin veya tamamını bir defada ödenmesi gereken prim zamanında ödenmemişse, ödeme yapılmadığı sürece sigortacı sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Prim alacağı, vadesinden (muaccel olduğu günden) itibaren üç ay içinde dava veya icra takibi yoluyla istenilmemişse sözleşmeden cayılmış olur.  
İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmediği takdirde, primin on gün içinde ödenmesini aksi halde süre sonunda sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını bildirmesine rağmen bu süre içerisinde borç ödenmez ise sözleşme feshedilmiş sayılır.  
Bir sigorta döneminde iki defa ihtar gönderilmesi halinde sigorta dönemi sonunda sözleşme feshedilebilir.
8. İleride doğabilecek bir takım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.
9. Sözleşmenin yapılması sırasında başvuru formunda yer alan sorulara doğru olarak cevap veriniz. Başvuru formunda yer alması dahi, bildiğiniz veya bilmeniz gereken tüm önemli hususları bildirmekle yükümlüsünüz. Sigortacı tarafından sorulan yazılı ve sözlü sorular aksi ispat edilene kadar önemli sayılır. Bu yükümlülüğün ihlali halinde 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 tazminat talebinizin reddi reddedilmesi halleri ortaya çıkabilir.  
Sigortacının, bildirim yükümlülüğünü ihlal edildiğini öğrenmesinden itibaren onbeş gün içinde cayma hakkı bulunmaktadır.

**YILLIK HAYAT SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU**Başvuru No **Ölme İhtimaline Karşı Verilen Teminatlı Hayat Sigortaları**

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.

**A. SİGORTACI'YA İLİŞKİN BİLGİLER****SİGORTA ŞİRKETİ VAKIF EMEKLİLİK VE HAYAT AŞ**

Ticaret Sicil No : 274811  
Adresi : Muallim Naci Cad. No:22 ORTAKÖY/İSTANBUL  
Tel & Faks no. : 0 212 310 37 00 & 0 212 310 39 85  
Müşteri Hizmetleri : 0850 222 9 237  
E-mail : vakifemeklilik@vakifemeklilik.com.tr - info@vakifemeklilik.com.tr  
Web : www.vakifemeklilik.com.tr

**SÖZLEŞMEYE ARACILIK EDEN SİGORTA ACENTESİNİN**

Adresi .....  
Telefon Numarası .....  
Faks Numarası .....

**B. TEMİNATLAR****1.Vefat Teminatı:**

Sigorta poliçesi dahilinde sigorta başlangıcında belirlenen vefat tarihinde ödenmesi öngörülen teminattır. Sigorta süresi içinde gerçekleşen ve sigortalının herhangi bir sebepten dolayı vefatı halinde poliçede belirlenen tutarda Ölüm Teminatı kanuni varislerine veya hak sahiplerine ödenir. Sigortalının poliçe süresi içerisinde vefat etmesi halinde Hayat Sigortaları Genel Şartları çerçevesinde vefat teminatı ödenir.

**2.Ek Teminatlar**

Sigortanın özelliği gereği varsa poliçede belirtilen riskleri Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde teminat altına alınır. Ek teminat olarak, kaza sonucu maluliyet ve hastalık sonucu maluliyet teminatları sunulmaktadır. Kaza sonucu ve hastalık sonucu maluliyet teminatları Vefat teminatının 2 katından fazla olamaz.

**C. KESİNTİLER****Kesintiler: (..... Yıl Süresince Her Yıl)**

- Gider Payı Masrafları (%) : %5
- Aracı Komisyonları (%) : %30

**D. VERGİ UYGULAMASI**

Hayat sigortası için ödenen primler vergiye esas matrahtan düşülebilir. Bu konuda sigortacınıza danışınız.

**E. 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 bedeller üzerinden sigorta yaptırılabilir. Bu durumda her bir sigortacının tazminat ödeme borcu birbirinden bağımsızdır.
3. Sözleşme süresi içinde, sigorta ettirenin talebi ve sigortacının da kabulü halinde sigorta bedeli artırılabilir.
4. Başkası sigortalı olarak atandığında, sigortalının hayatının devamında lehtarın menfaatinin bulunması şarttır. Menfaat şartının sözleşmenin yapılmasından sonra ortadan kalkması halinde sözleşme o andan itibaren geçersizdir.
5. Başkasının sigortalı olarak atanabilmesi için, sigortalının veya varsa kanuni temsilcisinin yazılı izni gerekmektedir. Yine, sigortalı onbeş yaşından büyükse ayrıca onun da izni gerekmektedir. Sigortalının kanuni temsilcisi olduğu veya kanuni temsilcinin lehtar olduğu durumda, kanuni temsilcinin izin verilmesinde sigortalıyı temsil yetkisi bulunmamaktadır. İzin olmadan yapılan sözleşme, icazet verilmediği takdirde geçersizdir.
6. Sigorta sözleşmesinin yapılmasına ilişkin teklifname tarihinden itibaren 30 gün içinde reddedilmemişse sözleşme kurulmuş sayılır. Teklifnamenin verilmesi sırasında yapılmış ödemeler, sözleşmenin yapılmasından sonra prim olarak kabul edilir veya ilk prime sayılır. Bu ödemeler sözleşme yapılmadığı takdirde kesinti yapılmadan faiziyle birlikte geri verilir. Sigorta başlangıç tarihinden itibaren 30 gün sonrası iptallerde gün esaslı iptal yapılır.
7. Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksidinin, poliçenin tesliminde ödenmesi gerekir. Primin ödenmemesi durumunda Sigortacı'nın sorumluluğu başlamaz. İlk taksidin veya tamamını bir defada ödenmesi gereken prim zamanında ödenmemişse, ödeme yapılmadığı sürece sigortacı sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Prim alacağı, vadesinden (muaccel olduğu günden) itibaren üç ay içinde dava veya icra takibi yoluyla istenilmemişse sözleşmeden cayılmış olur.  
İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmediği takdirde, primin on gün içinde ödenmesini aksi halde süre sonunda sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını bildirmesine rağmen bu süre içerisinde borç ödenmez ise sözleşme feshedilmiş sayılır.  
Bir sigorta döneminde iki defa ihtar gönderilmesi halinde sigorta dönemi sonunda sözleşme feshedilebilir.
8. İleride doğabilecek bir takım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.
9. Sözleşmenin yapılması sırasında başvuru formunda yer alan sorulara doğru olarak cevap veriniz. Başvuru formunda yer alması dahi, bildiğiniz veya bilmeniz gereken tüm önemli hususları bildirmekle yükümlüsünüz. Sigortacı tarafından sorulan yazılı ve sözlü sorular aksi ispat edilene kadar önemli sayılır. Bu yükümlülüğün ihlali halinde 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 tazminat talebinizin reddi reddedilmesi halleri ortaya çıkabilir.  
Sigortacının, bildirim yükümlülüğünü ihlal edildiğini öğrenmesinden itibaren onbeş gün içinde cayma hakkı bulunmaktadır.

**YILLIK HAYAT SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU**Başvuru No 

Sigortacı tarafından bildirim yükümlülüğünü ihlali sebebiyle, istenilen prim farkının on gün içinde kabul edilmemesi halinde, sözleşmeden cayılmış kabul edilir.

10. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi için, Hayat Sigortası Genel Şartlarını dikkatlice okuyunuz. Hayat Sigortası Genel Şartlarını ve Ferdi Kaza Genel Şartlarını (Maluliyet Oranları Cetveli) sigortacınızdan isteyiniz. Aynı zamanda internet sitemizden de ulaşabilirsiniz.
11. İşbu hayat sigortası poliçesi hayat sigortası ve poliçe kapsamında alınan ek teminat dolayısıyla ferdi kaza sigortası genel şartlarına tabidir. Ferdi Kaza Sigortası ile kaza sayılmayan ve sigortadan hariç tutulan haller sigorta teminatı kapsamı dışındadır. Ayrıca, hangi, meslek grubuna dahil olduğuna bakılmaksızın (güvenlik ve kamu görevlileri dahil) terör eylemleri nedeniyle meydana gelecek zararlar sigorta kapsamında değildir. Yukarıda sayılan ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları ile kaza sayılmayan ve sigortadan hariç tutulan hallerde, sigorta tazminatı ödenmez.

**F. ÖDEMENİN YAPILMASI**

1. Sigortadan faydalanan kimse sigortalıyı öldürür veya öldürülmesine suç ortaklığı ederse sigorta tazminatını alamaz, ancak sigorta tazminatı sigortalının mirasçularına ödenir.
2. En az 3 yıldan beri devam eden ve ölüm ihtimaline karşı yapılan bir sözleşmede, bu süre geçtikten sonra intihar ederse veya intihara teşebbüs sonucu ölürse, sigortacı Sigorta bedelini ödemekle yükümlüdür. Sigortalının intiharı veya intihara teşebbüs sonucu ölümü, akli melekelerindeki bir rahatsızlık sebebiyle 3 yıldan önce gerçekleşmiş ise sigortacı sigorta bedelini ödemek zorundadır.
3. Sözleşmede birden fazla lehtar (sigortadan faydalanan) tayini mümkündür. Lehtarların her biri için ayrı ayrı hisse belirlenmemişse, hepsi eşit oranda pay sahibidir. Ölme ihtimaline karşı yapılan sigortalarda mirasçı dışındaki kimseler de lehtar olarak gösterilebilir. Hak sahipleri tarafından alınmayan pay, diğerlerinin payına eklenir. Mirasın reddi veya mirastan vazgeçme lehtarın hakkı üzerinde etkili olmaz.
4. Tazminat başvurusu için gereken bilgi ve belgelere ilişkin listeyi, poliçenin hazırlanmasını müteakip sigortacınızdan isteyiniz.
5. Rizikonun gerçekleştiğini öğrenince durumu gecikmeksizin sigortacıya bildiriniz. Rizikonun gerçekleştiğine ilişkin bildirim yapılmaması veya geç yapılması ödenecek tazminatta veya bedelde artışa neden olmuşsa, sigortacı, kusurun ağırlığına göre tazminattan veya bedelden indirim gidebilir. Gerekli bilgi ve belgelerle birlikte ön sayfada adres, e-mail ve telefonları yer alan Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'ye başvuruda bulununuz.
6. Rizikonun gerçekleşmesi hâlinde, tazminat ödeme borcu **Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'**e aittir.

**G. DİĞER BİLGİLER**

1. Sigortacı, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği nezdinde kurulmuş olan Tahkim Kurulu üyesidir.
2. Ödünç para alma hakkı yoktur.
3. Bu üründe birikim primi alınmaz. Bu nedenle kar payı uygulaması ve iştirah hakkı yoktur.

**H. ŞİKÂYET VE BİLGİ TALEPLERİ**

Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikâyetler için aşağıda yazılı adres, e-mail ve telefonlara başvuruda bulunulabilir. Sigorta Şirketi, başvurunun, poliçe özel şartlarında belirtilmiş olan evraklarla birlikte eksiksiz teslim edilmesi halinde kendisine ulaşmasından itibaren 15 gün içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır. Bu süre yasal düzenlemeler gereği, gerekli araştırmanın yapılmasının Sigorta Şirketi tarafından gerekli görülmesi halinde sürecin sonlandığı tarihten itibaren başlayacaktır.

**YILLIK HAYAT SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU**Başvuru No 

Sigortacı tarafından bildirim yükümlülüğünü ihlali sebebiyle, istenilen prim farkının on gün içinde kabul edilmemesi halinde, sözleşmeden cayılmış kabul edilir.

10. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi için, Hayat Sigortası Genel Şartlarını dikkatlice okuyunuz. Hayat Sigortası Genel Şartlarını ve Ferdi Kaza Genel Şartlarını (Maluliyet Oranları Cetveli) sigortacınızdan isteyiniz. Aynı zamanda internet sitemizden de ulaşabilirsiniz.
11. İşbu hayat sigortası poliçesi hayat sigortası ve poliçe kapsamında alınan ek teminat dolayısıyla ferdi kaza sigortası genel şartlarına tabidir. Ferdi Kaza Sigortası ile kaza sayılmayan ve sigortadan hariç tutulan haller sigorta teminatı kapsamı dışındadır. Ayrıca, hangi, meslek grubuna dahil olduğuna bakılmaksızın (güvenlik ve kamu görevlileri dahil) terör eylemleri nedeniyle meydana gelecek zararlar sigorta kapsamında değildir. Yukarıda sayılan ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları ile kaza sayılmayan ve sigortadan hariç tutulan hallerde, sigorta tazminatı ödenmez.

**F. ÖDEMENİN YAPILMASI**

1. Sigortadan faydalanan kimse sigortalıyı öldürür veya öldürülmesine suç ortaklığı ederse sigorta tazminatını alamaz, ancak sigorta tazminatı sigortalının mirasçularına ödenir.
2. En az 3 yıldan beri devam eden ve ölüm ihtimaline karşı yapılan bir sözleşmede, bu süre geçtikten sonra intihar ederse veya intihara teşebbüs sonucu ölürse, sigortacı Sigorta bedelini ödemekle yükümlüdür. Sigortalının intiharı veya intihara teşebbüs sonucu ölümü, akli melekelerindeki bir rahatsızlık sebebiyle 3 yıldan önce gerçekleşmiş ise sigortacı sigorta bedelini ödemek zorundadır.
3. Sözleşmede birden fazla lehtar (sigortadan faydalanan) tayini mümkündür. Lehtarların her biri için ayrı ayrı hisse belirlenmemişse, hepsi eşit oranda pay sahibidir. Ölme ihtimaline karşı yapılan sigortalarda mirasçı dışındaki kimseler de lehtar olarak gösterilebilir. Hak sahipleri tarafından alınmayan pay, diğerlerinin payına eklenir. Mirasın reddi veya mirastan vazgeçme lehtarın hakkı üzerinde etkili olmaz.
4. Tazminat başvurusu için gereken bilgi ve belgelere ilişkin listeyi, poliçenin hazırlanmasını müteakip sigortacınızdan isteyiniz.
5. Rizikonun gerçekleştiğini öğrenince durumu gecikmeksizin sigortacıya bildiriniz. Rizikonun gerçekleştiğine ilişkin bildirim yapılmaması veya geç yapılması ödenecek tazminatta veya bedelde artışa neden olmuşsa, sigortacı, kusurun ağırlığına göre tazminattan veya bedelden indirim gidebilir. Gerekli bilgi ve belgelerle birlikte ön sayfada adres, e-mail ve telefonları yer alan Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'ye başvuruda bulununuz.
6. Rizikonun gerçekleşmesi hâlinde, tazminat ödeme borcu **Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'**e aittir.

**G. DİĞER BİLGİLER**

1. Sigortacı, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği nezdinde kurulmuş olan Tahkim Kurulu üyesidir.
2. Ödünç para alma hakkı yoktur.
3. Bu üründe birikim primi alınmaz. Bu nedenle kar payı uygulaması ve iştirah hakkı yoktur.

**H. ŞİKÂYET VE BİLGİ TALEPLERİ**

Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikâyetler için aşağıda yazılı adres, e-mail ve telefonlara başvuruda bulunulabilir. Sigorta Şirketi, başvurunun, poliçe özel şartlarında belirtilmiş olan evraklarla birlikte eksiksiz teslim edilmesi halinde kendisine ulaşmasından itibaren 15 gün içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır. Bu süre yasal düzenlemeler gereği, gerekli araştırmanın yapılmasının Sigorta Şirketi tarafından gerekli görülmesi halinde sürecin sonlandığı tarihten itibaren başlayacaktır.

**YILLIK HAYAT SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU**Başvuru No **Hastalık Sonucu Vefat Tazminat Talebi İçin Gerekli Evraklar**

- Sigorta poliçesi,
- Vefat tarihi işlenmiş vukuatlı aile nüfus kayıt örneği,
- Vefat nedenini açıklayıcı TÜİK Ölüm Belgesi ya da Mernis Ölüm Raporu,
- Veraset ilamı (poliçede lehtar kanuni varisler ise),
- Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ tarafından bildirilecek tutar üzerinden Veraset ve İntikal Vergisi ilişiksizlik belgesi,
- Varislere ulaşılabilecek güncel adres ve telefon bilgileri,
- Vefat öncesi geçirilmiş olan hastalıklara ait epikriz raporu,
- Gaiplik halinde, mahkemenen alınacak olan gaiplik kararı.

**Kaza Sonucu Vefat Tazminat Talebi İçin Gerekli Evraklar**

- Sigorta poliçesi,
- Vefat tarihi işlenmiş vukuatlı aile nüfus kayıt örneği,
- Vefat nedenini açıklayıcı TÜİK Ölüm Belgesi ya da Mernis Ölüm Raporu,
- Veraset ilamı (poliçede lehtar kanuni varisler ise),
- Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ tarafından bildirilecek tutar üzerinden Veraset ve İntikal Vergisi ilişiksizlik belgesi,
- Varislere ulaşılabilecek güncel adres ve telefon bilgileri,
- Kaza tespit tutanağı,
- Alkol raporu.

**Maluliyet Tazminat Talebi İçin Gerekli Evraklar**

- Sigortalının kaza sonucu maluliyette kazanın yeri, zamanı ve nasıl olduğuna ilişkin yazılı beyanı
- Sağlık kurulu raporu (SGK,Devlet Hastanesi, Üniversite Hastanesi tarafından verilmiş kesin maluliyet oranını belirten rapor aslı veya noter tasdikli sureti,
- Maluliyet hastalık sonucu ise tedavi gördüğü hastaneden alınacak olan epikriz raporu ve tetkik sonuçlarının fotokopisi,
- Kaza sonucu maluliyet ise kaza tespit tutanağı, olay savcılığı intikal ettiyse soruşturma raporu
- Sigortalıya ulaşılabilecek adres ve telefon bilgileri

Yukarıda belirtilen evrakların aslı gereklidir. Sigorta Şirketi, tazminatın değerlendirilmesi sırasında gerek görüldüğünde başka evraklar da hak sahiplerinden talep edebilir.

**SİGORTA ŞİRKETİ****VAKIF EMEKLİLİK VE HAYAT AŞ**

Ticaret Sicil No : 274811  
Adresi : Muallim Naci Cad. No:22 ORTAKÖY/İSTANBUL  
Tel & Faks no. : 0 212 310 37 00 & 0 212 310 39 85  
Müşteri Hizmetleri : 0850 222 9 237  
E-mail : vakifemeklilik@vakifemeklilik.com.tr - info@vakifemeklilik.com.tr  
Web : www.vakifemeklilik.com.tr

4 sayfadan oluşan Bilgilendirme Formu'nun bir suretini aldığımı kabul ve beyan ederim.

**Sigorta Ettirenin Adı Soyadı, İmzası ve Tarih**

**Aracı Adı Soyadı, Unvanı, Kaşesi, İmzası ve Tarih**



**YILLIK HAYAT SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU**Başvuru No **Hastalık Sonucu Vefat Tazminat Talebi İçin Gerekli Evraklar**

- Sigorta poliçesi,
- Vefat tarihi işlenmiş vukuatlı aile nüfus kayıt örneği,
- Vefat nedenini açıklayıcı TÜİK Ölüm Belgesi ya da Mernis Ölüm Raporu,
- Veraset ilamı (poliçede lehtar kanuni varisler ise),
- Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ tarafından bildirilecek tutar üzerinden Veraset ve İntikal Vergisi ilişiksizlik belgesi,
- Varislere ulaşılabilecek güncel adres ve telefon bilgileri,
- Vefat öncesi geçirilmiş olan hastalıklara ait epikriz raporu,
- Gaiplik halinde, mahkemenen alınacak olan gaiplik kararı.

**Kaza Sonucu Vefat Tazminat Talebi İçin Gerekli Evraklar**

- Sigorta poliçesi,
- Vefat tarihi işlenmiş vukuatlı aile nüfus kayıt örneği,
- Vefat nedenini açıklayıcı TÜİK Ölüm Belgesi ya da Mernis Ölüm Raporu,
- Veraset ilamı (poliçede lehtar kanuni varisler ise),
- Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ tarafından bildirilecek tutar üzerinden Veraset ve İntikal Vergisi ilişiksizlik belgesi,
- Varislere ulaşılabilecek güncel adres ve telefon bilgileri,
- Kaza tespit tutanağı,
- Alkol raporu.

**Maluliyet Tazminat Talebi İçin Gerekli Evraklar**

- Sigortalının kaza sonucu maluliyette kazanın yeri, zamanı ve nasıl olduğuna ilişkin yazılı beyanı
- Sağlık kurulu raporu (SGK,Devlet Hastanesi, Üniversite Hastanesi tarafından verilmiş kesin maluliyet oranını belirten rapor aslı veya noter tasdikli sureti,
- Maluliyet hastalık sonucu ise tedavi gördüğü hastaneden alınacak olan epikriz raporu ve tetkik sonuçlarının fotokopisi,
- Kaza sonucu maluliyet ise kaza tespit tutanağı, olay savcılığı intikal ettiyse soruşturma raporu
- Sigortalıya ulaşılabilecek adres ve telefon bilgileri

Yukarıda belirtilen evrakların aslı gereklidir. Sigorta Şirketi, tazminatın değerlendirilmesi sırasında gerek görüldüğünde başka evraklar da hak sahiplerinden talep edebilir.

**SİGORTA ŞİRKETİ****VAKIF EMEKLİLİK VE HAYAT AŞ**

Ticaret Sicil No : 274811  
Adresi : Muallim Naci Cad. No:22 ORTAKÖY/İSTANBUL  
Tel & Faks no. : 0 212 310 37 00 & 0 212 310 39 85  
Müşteri Hizmetleri : 0850 222 9 237  
E-mail : vakifemeklilik@vakifemeklilik.com.tr - info@vakifemeklilik.com.tr  
Web : www.vakifemeklilik.com.tr

4 sayfadan oluşan Bilgilendirme Formu'nun bir suretini aldığımı kabul ve beyan ederim.

Sigorta Ettirenin Adı Soyadı, İmzası ve Tarih

Aracı Adı Soyadı, Unvanı, Kaşesi, İmzası ve Tarih



**YILLIK HAYAT SİGORTASI BAŞVURU FORMU**Başvuru No 

ÖZEL VE GİZLİDİR

Lütfen, Başvuru Formunu büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz.

Şube Adı :   
Şube Kodu :   
Banka Personel Sicil No :  Poliçe Başlangıç Tarihi :  /  /   
Aracı No :  Bitiş Tarihi :  /  /

**SİGORTALI ADAYI** (Sigorta Ettirenle Sigortalı Adayı aynı kişi ise Sigortalı Adayı bilgilerini doldurmayınız.)

Uyruğu : T.C.  Diğer  T.C. Kimlik No\*\*   
Adı Soyadı :   
Pasaport No\*\*\*:   
Vergi Kimlik No\*\*\*:   
Vergi Dairesi\*\*\*:   
Doğum Yeri :  Doğum Tarihi :  /  /   
Cinsiyeti : K  E  Medeni Durum : Evli  Bekar  Çocuk Sayısı   
Baba Adı :  Anne Kızlık Soyadı:   
Anne Adı :   
Meslek/Çalıştığı Şirket:   
Unvanı :   
Telefon No :  Faks No:   
GSM :   
Yazışma Adresi:   
İl / İlçe :  Posta Kodu   
E - Posta :  @   
Tercih Edilen İletişim Adresi:  E-mail  SMS  Posta

( \*\* ) Türk Vatandaşları için zorunludur.

( \*\*\* ) Yabancı uyruklular için zorunludur.

**SİGORTA ETTİREN**

Uyruğu : T.C.  Diğer  T.C. Kimlik No\*\*   
Adı Soyadı :   
Pasaport No\*\*\*:   
Vergi Kimlik No\*\*\*:   
Vergi Dairesi\*\*\*:   
Doğum Yeri :  Doğum Tarihi :  /  /   
Cinsiyeti : K  E  Medeni Durum : Evli  Bekar  Çocuk Sayısı   
Baba Adı :  Anne Kızlık Soyadı:   
Anne Adı :

ŞİRKET NÜSHASI

Baskı versiyonu: 4 Tarih: Eylül 2017



**YILLIK HAYAT SİGORTASI BAŞVURU FORMU**Başvuru No 

ÖZEL VE GİZLİDİR

Lütfen, Başvuru Formunu büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz.

Şube Adı :   
Şube Kodu :   
Banka Personel Sicil No :  Poliçe Başlangıç Tarihi :  /  /   
Aracı No :  Bitiş Tarihi :  /  /

**SİGORTALI ADAYI** (Sigorta Ettirenle Sigortalı Adayı aynı kişi ise Sigortalı Adayı bilgilerini doldurmayınız.)

Uyruğu : T.C.  Diğer  T.C. Kimlik No\*\*   
Adı Soyadı :   
Pasaport No\*\*\*:   
Vergi Kimlik No\*\*\*:   
Vergi Dairesi\*\*\*:   
Doğum Yeri :  Doğum Tarihi :  /  /   
Cinsiyeti : K  E  Medeni Durum : Evli  Bekar  Çocuk Sayısı   
Baba Adı :  Anne Kızlık Soyadı:   
Anne Adı :   
Meslek/Çalıştığı Şirket:   
Unvanı :   
Telefon No :  Faks No:   
GSM :   
Yazışma Adresi:   
İl / İlçe :  Posta Kodu   
E - Posta :  @   
Tercih Edilen İletişim Adresi:  E-mail  SMS  Posta

( \*\* ) Türk Vatandaşları için zorunludur.

( \*\*\* ) Yabancı uyruklular için zorunludur.

**SİGORTA ETTİREN**

Uyruğu : T.C.  Diğer  T.C. Kimlik No\*\*   
Adı Soyadı :   
Pasaport No\*\*\*:   
Vergi Kimlik No\*\*\*:   
Vergi Dairesi\*\*\*:   
Doğum Yeri :  Doğum Tarihi :  /  /   
Cinsiyeti : K  E  Medeni Durum : Evli  Bekar  Çocuk Sayısı   
Baba Adı :  Anne Kızlık Soyadı:   
Anne Adı :

SİGORTALI NÜSHASI

Baskı versiyonu: 4 Tarih: Eylül 2017



## YILLIK HAYAT SİGORTASI BAŞVURU FORMU

Başvuru No 

ÖZEL VE GİZLİDİR

Lütfen, Başvuru Formunu büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz.

Meslek/Çalıştığı Şirket:

Unvanı :

Telefon No :  Faks No:

GSM :

Yazışma Adresi:

il / İlçe :  Posta Kodu

E - Posta : @

Tercih Edilen İletişim Adresi:  E-mail  SMS  Posta

\*Kimlik bilgileri ibraz edilen kimlik belgesinin aslı görülerek düzenlenmiştir.

( \*\* ) Türk Vatandaşları için zorunludur.

( \*\*\* ) Yabancı uyruklular için zorunludur.

\*Sigortadan 18-65 yaş arasındaki kişiler faydalanabilir. Sigortaya ilk giriş yaşı en fazla 55 olup, 65 yaşından sonra bu teminat hiçbir şekilde verilmez.

### PRİMİNİZ VE SİGORTA SÜRENİZ

Başlangıç Tarihi:  /  /  Bitiş Tarihi:  /  / Ek Teminat Talebiniz Var mı? :  Evet  HayırVefat Teminat : Kaza Sonucu Maluliyet Teminatı(\*) : Hastalık Sonucu Maluliyet Teminatı(\*) : Yıllık Priminiz: 

(\*)Kaza Sonucu ve Hastalık Sonucu Maluliyet Teminatları, Vefat Teminatının 2 katından fazla olamaz.

### ÖDEME BİLGİLERİ

Prim Ödeme Aracı  Kredi Kartı  Bankomat  BankaPrim Ödeme Planı  Peşin  Taksit(2,3,4,5)  %25 Peşin 4 Taksit

### ÖDEME PLANI

Vade Tarihi	Prim Tutarı (TL)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> TL
Vade Tarihi	Prim Tutarı (TL)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> TL
Vade Tarihi	Prim Tutarı (TL)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> TL
Vade Tarihi	Prim Tutarı (TL)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> TL
Vade Tarihi	Prim Tutarı (TL)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> TL

ŞİRKET NÜSHASI

Baskı versiyonu: 4 Tarih: Eylül 2017



**YILLIK HAYAT SİGORTASI BAŞVURU FORMU**Başvuru No 

ÖZEL VE GİZLİDİR

Lütfen, Başvuru Formunu büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz.

Meslek/Çalıştığı Şirket:

Unvanı :

Telefon No :  Faks No:

GSM :

Yazışma Adresi:

il / İlçe :  Posta Kodu

E - Posta : @

Tercih Edilen İletişim Adresi:  E-mail  SMS  Posta

\*Kimlik bilgileri ibraz edilen kimlik belgesinin aslı görülerek düzenlenmiştir.

( \*\* ) Türk Vatandaşları için zorunludur.

( \*\*\* ) Yabancı uyruklular için zorunludur.

\*Sigortadan 18-65 yaş arasındaki kişiler faydalanabilir. Sigortaya ilk giriş yaşı en fazla 55 olup, 65 yaşından sonra bu teminat hiçbir şekilde verilmez.

**PRİMİNİZ VE SİGORTA SÜRENİZ**Başlangıç Tarihi:  /  /  Bitiş Tarihi:  /  / Ek Teminat Talebiniz Var mı? :  Evet  HayırVefat Teminat : Kaza Sonucu Maluliyet Teminatı(\*) : Hastalık Sonucu Maluliyet Teminatı(\*) : Yıllık Priminiz: 

(\*)Kaza Sonucu ve Hastalık Sonucu Maluliyet Teminatları, Vefat Teminatının 2 katından fazla olamaz.

**ÖDEME BİLGİLERİ**Prim Ödeme Aracı  Kredi Kartı  Bankomat  BankaPrim Ödeme Planı  Peşin  Taksit(2,3,4,5)  %25 Peşin 4 Taksit**ÖDEME PLANI**

Vade Tarihi	Prim Tutarı (TL)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> TL
Vade Tarihi	Prim Tutarı (TL)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> TL
Vade Tarihi	Prim Tutarı (TL)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> TL
Vade Tarihi	Prim Tutarı (TL)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> TL
Vade Tarihi	Prim Tutarı (TL)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> TL

SİGORTALI NÜSHASI

Baskı versiyonu: 4 Tarih: Eylül 2017







**YILLIK HAYAT SİGORTASI BAŞVURU FORMU**Başvuru No 

ÖZEL VE GİZLİDİR

Lütfen, Başvuru Formunu büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz.

Adı Soyadı :	<input type="text"/>		
T.C. Kimlik No:	<input type="text"/>	Vergi/Vakıf Sicil No**:	<input type="text"/>
Baba Adı :	<input type="text"/>	Cinsiyeti: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Payı (%) <input type="text"/>
Doğum Yeri :	<input type="text"/>	Doğum Tarihi :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Yazışma Adresi:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
il / İlçe :	<input type="text"/>	Posta Kodu	<input type="text"/>
Telefon No :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*\*Menfaatlar tüzel kişi ise doldurulacaktır.

Dain-i Mürtehin:

**SİGORTALI ADAYININ SAĞLIK BEYANI**

		Evete	Hayır
1	Şirketimizden ya da başka bir sigorta şirketinden daha önce reddedilen, ertelenen ya da ekstra primle kabul edilen herhangi bir Hayat, Sağlık ya da Ferdi Kaza Sigortası başvurunuz / yenileme talebiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Herhangi bir kalp damar hastalığı veya rahatsızlığı, kanser, habis tümör, felç, kısmi felç, beyin kanaması, hiper tansiyon, yüksek kolesterol, diyabet, yüksek kan şekeri, kolit, böbrek ya da karaciğer bozukluğu, HIV, Hepatit B, Hepatit C, görme ya da duyma kaybı, kas, eklem, kemik hastalığı geçirdiniz mi ya da şuan da geçirmekte misiniz? <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ailenizde (anne, baba, kardeş vb. kan bağı olan 1. derece akrabalarınızda) iki veya daha fazla kişide 60 yaşından önce kanser ya da diğer habis tümörler, kalp hastalığı, inme, ya da diyabet rahatsızlığı geçiren oldu mu? <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Son 5 yıl içerisinde düzenli olarak herhangi bir ilaç kullanımınız oldu mu ya da şu anda kullanmakta mısınız? <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Son 2 yıl içerisinde düzenli şekilde sağlık kontrolünden geçmenizi gerektirecek bir sağlık sorunu yaşadınız mı? / yaşıyor musunuz? <sup>(4)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Boyunuz : ..... m ..... cm Kilonuz : ..... kg		



**YILLIK HAYAT SİGORTASI BAŞVURU FORMU**Başvuru No 

ÖZEL VE GİZLİDİR

Lütfen, Başvuru Formunu büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz.

Adı Soyadı :	<input type="text"/>		
T.C. Kimlik No:	<input type="text"/>	Vergi/Vakıf Sicil No**:	<input type="text"/>
Baba Adı :	<input type="text"/>	Cinsiyeti: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Payı (%) <input type="text"/>
Doğum Yeri :	<input type="text"/>	Doğum Tarihi :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Yazışma Adresi:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
il / İlçe :	<input type="text"/>	Posta Kodu	<input type="text"/>
Telefon No :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*\*Menfaatlar tüzel kişi ise doldurulacaktır.

Dain-i Mürtehin:

**SİGORTALI ADAYININ SAĞLIK BEYANI**

		Evete	Hayır
1	Şirketimizden ya da başka bir sigorta şirketinden daha önce reddedilen, ertelenen ya da ekstra primle kabul edilen herhangi bir Hayat, Sağlık ya da Ferdi Kaza Sigortası başvurunuz / yenileme talebiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Herhangi bir kalp damar hastalığı veya rahatsızlığı, kanser, habis tümör, felç, kısmi felç, beyin kanaması, hiper tansiyon, yüksek kolesterol, diyabet, yüksek kan şekeri, kolit, böbrek ya da karaciğer bozukluğu, HIV, Hepatit B, Hepatit C, görme ya da duyma kaybı, kas, eklem, kemik hastalığı geçirdiniz mi ya da şuan da geçirmekte misiniz? <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ailenizde (anne, baba, kardeş vb. kan bağı olan 1. derece akrabalarınızda) iki veya daha fazla kişide 60 yaşından önce kanser ya da diğer habis tümörler, kalp hastalığı, inme, ya da diyabet rahatsızlığı geçiren oldu mu? <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Son 5 yıl içerisinde düzenli olarak herhangi bir ilaç kullanımınız oldu mu ya da şu anda kullanmakta mısınız? <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Son 2 yıl içerisinde düzenli şekilde sağlık kontrolünden geçmenizi gerektirecek bir sağlık sorunu yaşadınız mı? / yaşıyor musunuz? <sup>(4)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Boyunuz : ..... m ..... cm Kilonuz : ..... kg		

**YILLIK HAYAT SİGORTASI BAŞVURU FORMU**Başvuru No 

ÖZEL VE GİZLİDİR

Lütfen, Başvuru Formunu büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz.

(1)	Cevabınız Evet ise geçirdiğiniz / geçirmekte olduğunuz hastalığın adını / adlarını yazınız. ..... .....
(2)	Cevabınız Evet ise geçirilen rahatsızlığı / rahatsızlıkları yazınız. ..... .....
(3)	Cevabınız Evet ise kullanmış olduğunuz / kullandığınız ilacı / ilaçları yazınız. ..... .....
(4)	Cevabınız Evet ise yaşadığınız / yaşıyor olduğunuz sağlık sorununu / sorunlarını yazınız. ..... .....

İşbu başvuru formundaki tüm bilgileri okuyarak tüm soruları eksiksiz ve doğru olarak cevapladığımı; yanlış ve eksik beyanda bulunmadığımı; Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'nin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi; aksi takdirde ortaya çıkabilecek anlaşmazlıklarda Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'nin herhangi bir sorumluluk altına girmediğini; eksiksiz doldurduğum bu Sigorta Başvuru Formu nedeniyle Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'nin bir taahhüt altına girmediğini ve Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ tarafından sigortaya kabul edilmem anlamına gelmediğini; yapmış olduğum ön ödemenin pey akçesi olduğunu; başvurunun Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ tarafından kabul edilip poliçenin tanzim edilmesi halinde prim ödemesi olacağını ve prim ödemelerime mahsup edileceğini, sigortadan herhangi bir sebeple vazgeçmem halinde alınan peyin tarafıma iade edileceğini, sigortaya kabul edilmem halinde verdiğim cevap ve beyanların teklif edilen akdin ve tanzim edilecek olan poliçenin temelini oluşturacağını, başvuru formunda belirttiğim adresin yazılı olarak değişiklik bildirmedığım sürece tebligat adresim olduğunu ve bu adrese yapılacak tebligatların geçerli olduğunu, belirttiğim tüm hususlar ve Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'nin gerekli gördüğü tüm durumlarda hakkımda doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma ve araştırma yapma konusunda Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'yi yetkili kıldığımı; beyan, kabul ve taahhüt ederim.

Sigorta Ettirenin Adı Soyadı,  
Tarih ve İmzaSigortalı Adayının Adı Soyadı,  
Tarih ve İmzaSigorta Danışmanı / Acente /  
Banka Şubesi Adı Soyadı,  
Tarih ve İmza

**YILLIK HAYAT SİGORTASI BAŞVURU FORMU**Başvuru No 

ÖZEL VE GİZLİDİR

Lütfen, Başvuru Formunu büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz.

(1)	Cevabınız Evet ise geçirdiğiniz / geçirmekte olduğunuz hastalığın adını / adlarını yazınız. ..... .....
(2)	Cevabınız Evet ise geçirilen rahatsızlığı / rahatsızlıkları yazınız. ..... .....
(3)	Cevabınız Evet ise kullanmış olduğunuz / kullandığınız ilacı / ilaçları yazınız. ..... .....
(4)	Cevabınız Evet ise yaşadığınız / yaşıyor olduğunuz sağlık sorununu / sorunlarını yazınız. ..... .....

İşbu başvuru formundaki tüm bilgileri okuyarak tüm soruları eksiksiz ve doğru olarak cevapladığımı; yanlış ve eksik beyanda bulunmadığımı; Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'nin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi; aksi takdirde ortaya çıkabilecek anlaşmazlıklarda Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'nin herhangi bir sorumluluk altına girmediğini; eksiksiz doldurduğum bu Sigorta Başvuru Formu nedeniyle Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'nin bir taahhüt altına girmediğini ve Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ tarafından sigortaya kabul edilmem anlamına gelmediğini; yapmış olduğum ön ödemenin pey akçesi olduğunu; başvurunun Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ tarafından kabul edilip poliçenin tanzim edilmesi halinde prim ödemesi olacağını ve prim ödemelerime mahsup edileceğini, sigortadan herhangi bir sebeple vazgeçmem halinde alınan peyin tarafıma iade edileceğini, sigortaya kabul edilmem halinde verdiğim cevap ve beyanların teklif edilen akdin ve tanzim edilecek olan poliçenin temelini oluşturacağını, başvuru formunda belirttiğim adresin yazılı olarak değişiklik bildirmedığım sürece tebligat adresim olduğunu ve bu adrese yapılacak tebligatların geçerli olduğunu, belirttiğim tüm hususlar ve Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'nin gerekli gördüğü tüm durumlarda hakkımda doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma ve araştırma yapma konusunda Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ'ni yetkili kıldığımı; beyan, kabul ve taahhüt ederim.

Sigorta Ettirenin Adı Soyadı,  
Tarih ve İmzaSigortalı Adayının Adı Soyadı,  
Tarih ve İmzaSigorta Danışmanı / Acente /  
Banka Şubesi Adı Soyadı,  
Tarih ve İmza

### 1. BAŞVURU SAHİBİ İÇİN AÇIKLAMALAR

Sigortalı adayının kimlik bilgilerini yazınız. (Doğum tarihi; gün, ay ve yıl olarak yazılmalıdır. Meslek kısmına verilecek cevap açık olmalı, şu anda yapılmakta olan iş yazılmalı ve "serbest", "ticaret", "işçi" gibi genel terimler kullanılmamalı, ünvan yazılmamalıdır. Başvuru sahibi askerlik görevini yapmakta ise meslek kısmına "asker" yazılmalıdır). Yazışma adresinizi, posta kodunuzu, vergi kimlik numaranızı ve T.C. Kimlik numaranızı (mutlaka bulunmalı) lütfen açık ve doğru olarak yazınız.

### 2. MENFAATTARLAR İÇİN AÇIKLAMALAR

Sigortalının vefatı halinde, Hayat Sigortasından verilecek tazminatların ödenmesini istediğiniz kişi veya kişileri (menfaattarları) yazınız. Menfaattarlar birden fazla ise, tazminatın paylaşım oranlarını da yazınız. Eğer bu oranlar belirtilmemişse tazminat menfaattarlara eşit oranda paylaşılır. Herhangi bir tercih belirtilmemiş ve soru yanıtı bırakılmışsa tazminat yasal varislere ödenir.

### 3. SİGORTA SÜRENİZ İÇİN AÇIKLAMALAR

18 ile 65 yaş arasında bulunan sağlıklı herkes bu sigortadan yararlanabilir.

### 4. PRİMLER VE ÖDEME DÖNEMİ İÇİN AÇIKLAMALAR

Türk Lirası cinsinden ödeyeceğiniz prim taksidinizi ve ödeme dönemlerinizi belirtmeniz gerekmektedir.

### 5. PRİM ÖDEME ŞEKLİ İÇİN AÇIKLAMALAR

Primlerinizi kredi kartı ya da VakıfBank Bankomat hesabınızdan peşin veya taksitli olarak ödeyebilirsiniz.

### 6. TEMİNAT DIŞI HALLER

Hayat sigortası genel şartlar uyarınca, yolcu sıfatı dışında havada yapılan yolculuklar sırasında meydana gelen ölümlerde, sigortadan faydalanan kişinin sigortalıyı öldürmesi halinde, savaş, AIDS, nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj veya tedavi amaçlı olanlar hariç nükleer rizikolar için tazminat ödemesi yapılmaz. Aynı zamanda sigortalı, yenilemeler de dahil olmak üzere, en az üç yıldan beri devam eden ve ölüm ihtimaline karşı yapılan bir sözleşmede, bu süre geçtikten sonra intihar ederse veya intihara teşebbüs sonucu ölümü, akli melekelerindeki bir rahatsızlık sebebiyle üç yıldan önce gerçekleşmiş ise sigortacı sigorta bedelini ödemek zorundadır.

### 7. BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Gerek sigorta ettiren, gerekse sigortalı aday ve temsilci sigorta sözleşmesinin yapılması sırasında kendisince bilinen ve sigortacının sözleşmeyi yapmamasının veya daha ağır şartlarda yaptırmasını gerektirecek bütün halleri bildirmekle yükümlüdür. Bildirmediği ve bunun sigortacı tarafından tespiti halinde, sigortacı sözleşmeyi iptal edebilir. Eğer vefat gerçekleşmişse, bu durumda tazminat ödenmez.

### 8. SAĞLIK BEYANI İLE İLGİLİ AÇIKLAMALAR

- A.** Fizik yapınızda, sakatlık olarak nitelendirmesiniz bile eğer varsa her türlü eksik uzvunuzu yazınız. Ayrıca bir uzuv eksikliğinden kaynaklanmasa bile, eğer varsa her türlü sakatlık ve özür yazılmalıdır.
- B.** Bu soruya verilecek cevapta, eğer uzun süren hastalığınız varsa kaç yıldır hasta olduğunuz, hastalık olarak nitelendirmesiniz bile devamlı ilgi gerektiren durumunuz anlatılacaktır. Yüksek tansiyon, kalp, karaciğer, böbrek, akciğer, mide, kanser, tümör, kist gibi tüm hastalıklar yazılmalıdır. (Şeker hastalığınız varsa, türünü, kaç yaşında başladığını, tedavi altında olup olmadığını ve kullandığınız ilaçları yazınız.)
- C.** Belirtilen hastalıkları geçirdiyseniz veya bunlara ilişkin rahatsızlığınız varsa lütfen yazınız.
- D.** Eğer bir ameliyat olduysanız, hangi yıl, ne ameliyatı olduğunuzu ve nedenini yazınız. Ameliyatınız ile ilgili patoloji raporu varsa, fotokopisini lütfen başvuru formunuz ile veriniz.
- E.** Herhangi bir nedenle ilaç kullanıyorsanız; hangi ilacı veya ilaçları kullandığınızı, süresini ve kullanma nedenini lütfen yazınız.
- F.** Erkekler için; askerlik yapmama nedeni tecilden, yasal gelişmelerden ya da sağlık sorunlarından kaynaklanabilir. Nedenini yazınız. Eğer sağlıktan kaynaklıyorsa, hastalığınızı ya da sakatlığınızı açıklayınız.
- G.** Mesleğinizin tehlikeli yönleri varsa (devamlı olarak makine ile beden ya da elle tehlikeli ortamda, ağır bedeni faaliyet gerektiren işlerde çalışanlar için) açıklayınız. (Maden işçileri, inşaat işçileri, uzun yol şoförleri vb.)
- H.** Tehlikeli spor ve hobilerle uğraşıyorsanız ya da bu sporları profesyonel olarak yapıyorsanız (Motosiklet, dağcılık, kayak, su sporları, pilotluk, avcılık vb.) belirtiniz.
- I.** Sağlık beyanında belirtilen hastalıklar dışında herhangi bir rahatsızlığınız veya sağlık probleminiz varsa açıklayınız.

### İMZANIZI VE TARİH ATMAYI UNUTMAYINIZ.

Verdiğiniz cevaplar poliçe tazminatlarından yararlanmanızı belirleyeceğinden doğru ve eksiksiz olmalıdır. Şirketimizin gerekli gördüğü durumlarda detaylı sağlık raporu istenmesi söz konusu olabilir.

Poliçeniz ilk ödemenizden sonra 30 gün içerisinde elinize ulaşmaz ise Genel Müdürlük Müşteri Hizmetleri'ne 0850 222 9 237 nolu telefondan başvurunuz.

## KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Veri Sorumlusunun Kimliği : Vakıf Emeklilik ve Hayat AŞ (Mersis No: 0434-0051-4520-0019)  
Adres : Muallim Naci Cad. No: 22 Ortaköy-Beşiktaş/İstanbul  
0 (212) 310 37 24 – 0850 222 9 237 – info@vakifemeklilik.com.tr

### **Kişisel Verilerinizin İşlenme Amaçları ve Hukuki Sebepleri:**

Şirketimizi başta 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu, 4632 sayılı Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu, 5549 sayılı Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi Hakkında Kanun olmak üzere ilgili tüm ulusal ve uluslararası mevzuat kapsamında hayat sigortacılığı, sağlık sigortacılığı ve bireysel emeklilik ürün ve hizmetlerinin sunulabilmesi, bunlara dair işlemlerin yerine getirilmesi, yürütülmesi ve geliştirilmesi, akdedeceğiniz/akdettiğiniz sözleşmelerin gereğinin yerine getirilmesi; gerçekleştirilebilecek her türlü iş ve işlemin sahibini ve muhatabını belirlemek üzere bilgilerini tespit etmek için kimlik, adres ve kişisel sağlık verileri dahil diğer gerekli bilgileri kaydetmek, kağıt veya elektronik (internet/mobil vb.) ortamda gerçekleştirilebilecek iş ve işlemlere dayanak olacak tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek, yerel ve uluslararası mevzuat uyarınca adli ve idari tüm yetkili mercilerce (Hazine Müsteşarlığı, MASAK, mahkemeler gibi) öngörülen bilgi saklama, raporlama ve bilgilendirme yükümlülüklerini yerine getirmek amaçlarıyla kişisel verileriniz işlenmektedir.

### **Kişisel Verilerin Aktarılabileceği Kişi/Kuruluşlar:**

Kişisel verileriniz, yukarıda atıf yapılan tüm ulusal/uluslararası mevzuatın izin verdiği ve/veya söz konusu mevzuat ya da taraf olunan sözleşmeler kapsamında kişisel bilgileri talep etme ve işleme iznine, hak ve yetkisine sahip kişi ve kuruluşlar (Hazine Müsteşarlığı, SPK, MASAK, Emeklilik Gözetim Merkezi, adli ve idari makamlar vb.) başta olmak ve bunlarla sınırlı olmamak üzere 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu 31/A maddesinde sayılan finansal kuruluşlar ve diğer üçüncü kişiler, ana hissedarımız, doğrudan/dolaylı yurtiçi/yurtdışı iştiraklerimiz ya da bağlı ortaklarımız, Şirketimizce hizmet alınan ya da iş birliği yapılan ya da proje/program/finansman ortağı kuruluşlara, bankalara ve diğer üçüncü kişilere aktarılabilecektir.

### **Kişisel Verilerinizin Toplanma Yöntemi:**

Kişisel verileriniz, yukarıda açıklanan hukuki sebeplerle Şirketimizin Genel Müdürlük Birimleri, Bölge Müdürlükleri, İrtibat Büroları, Acenteleri, Brokerleri, Şirketimiz internet şubesi, çağrı merkezi ve benzeri diğer tüm kanallar aracılığıyla sözlü, yazılı veya elektronik ortamda toplanabilir.

### **Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 11. Maddesi Gereği Haklarınız:**

Şirketimize başvurarak, kişisel verilerinizin; a) İşlenip işlenmediğini öğrenme, b) İşlenmişse bilgi talep etme, c) İşlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, d) Yurt içinde/yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri bilme, e) Eksik/yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme, f) Kanun'un 7. Maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini/yok edilmesini isteme, g) Aktarıldığı üçüncü kişilere silinme/yok edilme talebinizin bildirilmesini isteme, h) Mühürsüz otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun çıkmasına itiraz etme, i) Kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız halinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahip bulunmaktasınız.

Bilgilendirme ve haklarımı okudum ve bilgilendirildim.

KATILIMCI

KATILIMCI AD VE HESABINA ÖDEME YAPAN KİŞİ

Ad Soyad :

Ad Soyad :

İmza :

İmza :

Tarih :

Tarih :

Lehtar Ad- Soyad :

İmza :

Tarih :

## KİŞİSEL VERİLERE İLİŞKİN AÇIK RIZA FORMU

Kişisel verilerimin işlenmesinin "kişisel verilerimin tamamen veya kısmen otomatik olan ya da herhangi bir veri kayıt sisteminin parçası olmak kaydıyla otomatik olmayan yollarla elde edilmesi, kaydedilmesi, depolanması, muhafaza edilmesi, değiştirilmesi, yeniden düzenlenmesi, açıklanması, aktarılması, devralınması, elde edilebilir hale getirilmesi, sınıflandırılması ya da kullanılmasının engellenmesi gibi veriler üzerinde gerçekleştirilen her türlü işlem olduğunu; sağlık bilgilerimin özel nitelikli kişisel veri diğer her türlü bilgilerimin ise kişisel veri olduğunu bildiğimi,

Şirketinizle yapmış olduğum/yapacak olduğum tüm başvuru/sözleşmelerle ilgili olarak yukarıda sayılan amaç ve hukuki sebepler çerçevesinde kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerimin toplanmasına, işlenmesine, güncellenmesine, periyodik olarak kontrol edilmesine, veri tabanında tutulmasına ve saklanmasına ve gerektiği takdirde ilgili kamu kurum ve kuruluşlarıyla, sözleşmenin mahiyeti gereği 3. kişi ve kuruluşlarla, Türkiye'de veya yurt dışında mukim olan hizmet sağlayıcı firmalarla ile VakıfBank İştirakleriyle ve yukarıda sayılan sair kişi ve kuruluşlarla paylaşılmasına ve kişisel verilerimin bunlar tarafından da tutulmasına, saklanmasına ve işlenmesine muvafakat ettiğimi belirtir, tarafıma bu konulara ilişkin her türlü bilgilendirmenin yapıldığını kabul ve beyan ederim.

KATILIMCI

Ad Soyad :

İmza :

Tarih :

KATILIMCI AD VE HESABINA ÖDEME YAPAN KİŞİ

Ad Soyad :

İmza :

Tarih :

Lehtar

Ad- Soyad :

İmza :

Tarih :