



Yarını Değiştirir

5+5 Ödüllü Birikim Hayat Sigortası Başvuru Formu



Başvuru No: 0000000000
Kampanya Kodu: 0000000



Teminatlar

Vefat Teminatı	0000000 TL
İlk 5 yıl	0000000 TL
İkinci 5 yıl	0000000 TL
Süre Sonu Prim İadesi Teminatı	0000000 TL
İlk 5 yıl	0000000 TL
İkinci 5 yıl	0000000 TL



Poliçe Bilgileri

Başlangıç Tarihi:	01/01/2018
Bitiş Tarihi:	01/01/2028
Süresi:	10 Yıl
Yıllık Prim Tutarı:	xxxxx \$



Ödeme Bilgileri

Ödeme Aracı:

Kredi Kartı 1



1234 **** * 3456
0123

Adı Soyadı

Banka Adı

VISA

Kredi Kartı 2



1234 **** * 3456
0123

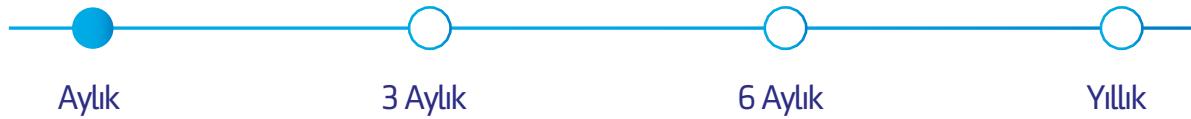
Adı Soyadı

Banka Adı

MASTER

● Öncelikle bu kartı kullan

Ödeme Sıklığı:



Dönemsel Prim Tutarı: **450 TL**

İlk Prim Tahsilat Tarihi : **15 Ocak**

Primlerim her ayın **15. günü** ödensin.



Hak Sahipleri

Sigorta Ettiren

John Doe

0214*****658

Sigortalı

Jane Doe

0214*****658

Lehdarlar

Kanuni Mirasçılardır



Aracı Bilgileri

Acente: A Sigorta

Aracı: Emel Akin



Ödeme Bilgileri

Ödeme Aracı:

Kredi Kartı 1



Banka Adı

1234 **** * 3456
0123

Adı Soyadı

VISA

Kredi Kartı 2



Banka Adı

1234 **** * 3456
0123

Adı Soyadı

MASTER

● Öncelikle bu kartı kullan

Ödeme Sıklığı:



Dönemsel Prim Tutarı: **450 TL**

İlk Prim Tahsilat Tarihi : **15 Ocak**

Primlerim her ayın **15. günü** ödensin.



Hak Sahipleri

Sigorta Ettiren

John Doe

0214*****658

Sigortalı

Jane Doe

0214*****658

Lehdarlar

Kanuni Mirasçılar



Aracı Bilgileri

Bölge: Marmara Bölgesi

Finansal Güvence Danışmanı: Emel Akın



Ödeme Bilgileri

Ödeme Aracı:

Kredi Kartı 1



1234 **** 3456
0123

Adı Soyadı

Banka Adı

VISA

Kredi Kartı 2



1234 **** 3456
0123

Adı Soyadı

Banka Adı

MASTER

● Öncelikle bu kartı kullan

Ödeme Sıklığı:



Dönemsel Prim Tutarı: **450 TL**

İlk Prim Tahsilat Tarihi : **15 Ocak**

Primlerim her ayın **15. günü** ödensin.



Hak Sahipleri

Sigorta Ettiren

John Doe

0214*****658

Sigortalı

Jane Doe

0214*****658

Lehdarlar

Kanuni Mirasçılar



Aracı Bilgileri

Şube: İstanbul Şubesi

Aracı: Emel Akin



Ödeme Bilgileri

Ödeme Aracı:

Kredi Kartı 1

Banka Adı

1234 **** 3456
0123

Adı Soyadı **VISA**

Kredi Kartı 2

Banka Adı

1234 **** 3456
0123

Adı Soyadı **MASTER**

● Öncelikle bu kartı kullan

Ödeme Sıklığı:



Dönemsel Prim Tutarı: **450 TL**

İlk Prim Tahsilat Tarihi : **15 Ocak**

Primlerim her ayın **15. günü** ödensin.



Hak Sahipleri

Sigorta Ettiren

John Doe 0214*****658

Sigortalı

Jane Doe 0214*****658

Lehdalar

George Orwell 0214*****658 %25

Elvis Presley 3614*****669 %75



Aracı Bilgileri

Acente: A Sigorta

Aracı: Emel Akin



Sigortalı ve Sigorta Ettiren Bilgileri

Sigortalı ve Sigorta Ettiren



Kimlik kartı gerçek olmayıp gösterim amaçlıdır.



Eğitim Durumu: _____

Meslek / Sektör: _____

TIN No (A.B.D vergi mükellefi numarası): _____



0 (000) 000 00 00



0 (000) 000 00 00



xxxx@xxxx.com







Yazışma için kullanılacak adres: Ev



Bilgilendirme için iletişim aracı: e-posta



Sigortalı ve Sigorta Ettiren Bilgileri

Sigortalı



TIN No (A.B.D vergi mükellefi numarası):

Sigorta Ettiren



Eğitim Durumu:

Meslek / Sektör:

TIN No (A.B.D vergi mükellefi numarası):

0 (000) 000 00 00

0 (000) 000 00 00

xxxx@xxxx.com

.....

.....

Yazışma için kullanılacak adres: Ev

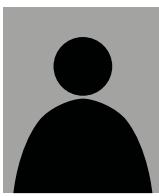
Bilgilendirme için iletişim aracı: e-posta

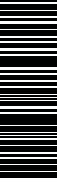


Sigortalı ve Sigorta Ettiren Bilgileri

Sigortalı

TÜRKİYE CUMHURİYETİ KİMLİK KARTI

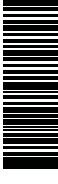


TC. Kimlik No: 000000000000
Soyadı: TÜRKOGLU
Adı: MELEK NUR
Doğum Tarihi: 29.05.1983
Cinsiyeti: K
Uyruğu: TC
İmzası: 
Seri No: A3568Z5460
Geçerlilik Tarihi: 27.07.2024

Kimlik kartı gerçek olmayıp gösterim amaçlıdır.

TÜRKİYE CUMHURİYETİ KİMLİK KARTI



Anne Adı: MAKBULE
Baba Adı: ŞEMSETTİN


TIN No (A.B.D vergi mükellefi numarası): _____

Sigorta Ettiren - Tüzel

Sigortalı ile yakınlık derecesi : İş veren

Unvanı: _____

Sektörü: _____

Tic. Sicil No / Mersis No: _____

Faaliyet Konusu: _____

Vergi Dairesi: _____

Vergi No: _____



0 (000) 000 00 00



0 (000) 000 00 00



xxxx@xxxx.com



www.xxxxxx.com.tr



Kurum Yetkilisi

Adı Soyadı: _____

TC Kimlik No: _____

Doğum Tarihi: _____

Kimlik Seri No: _____

Kimlik Geçerlilik Tarihi: _____

Anne Adı: _____

Baba Adı: _____

Cinsiyeti: _____

Uyruğu: _____

Eğitim Durumu: _____

Meslek / Sektör: _____

TIN No (A.B.D vergi mükellefi numarası): _____



0 (000) 000 00 00



0 (000) 000 00 00



xxxx@xxxx.com



 _____



 _____



Sağlık Beyan Metni

Hayat Sigortası için yaptığım başvuru tarihi itibarıyla; son beş yıl içerisinde herhangi bir tedavi görmediğimi veya tedavi olmam gerekiğinin bana söylemenmediğini veya fiziksel bir sakatlığımın ya da hastalığımın olmadığını, tamamen sağlıklı olduğumu beyan ediyor ve onaylıyorum.

Yaşam Tarzı Bilgileri

1 Sigara kullanıyor musunuz?



Günlük içtiğiniz sigara adedi nedir?

20

2 Alkol kullanıyor musunuz?



Kullanım sıklığınız nedir?

Günlük

Haftalık

Aylık

3 Herhangi bir tehlikeli aktivite ya da spor dalıyla uğraşıyor musunuz?



Cevabınız evet ise açıklayınız:

Dağcılık, vs.

4 Askerlik yaptınız mı? (erkekler içindir / cevabınız hayır ise açıklayınız.)



Muaf

Tecilli

Zamanı gelmedi

Lorem Ipsum...

5 Boy: 1 m 60 cm
Kilo: 70 kg

6 Eğitim Durumunuz?

Lorem Ipsum...

6 Mesleğiniz?

Lorem Ipsum...

8 Türkiye dışına seyahat eder misiniz?



Cevabınız evet ise hangi ülkeler olduğunu belirtiniz.

Norveç, Almanya



Sağlık Beyan Metni

Hayat sigortası için yaptığım başvuru tarihi itibarıyla; Sigortalı Adayı'nın son beş yıl içerisinde herhangi bir tedavi görmediğini veya tedavi olması gerekiğinin kendisine söylenenmediğini veya fiziksel bir sakatlığının ya da hastalığının olmadığını, tamamen sağlıklı olduğunu beyan ediyor ve onaylıyorum.

Yaşam Tarzı Bilgileri

1 Sigara kullanıyor musunuz?



Günlük içtiğiniz sigara adedi nedir?

20

2 Alkol kullanıyor musunuz?



Kullanım sıklığınız nedir?



3 Herhangi bir tehlikeli aktivite ya da spor dalıyla uğraşıyor musunuz?



Cevabınız evet ise açıklayınız:

Dağcılık, vs.

4 Askerlik yaptınız mı? (erkekler içindir / cevabınız hayır ise açıklayınız.)



Muaf

Tecilli

Zamanı gelmedi

Lorem Ipsum...

5 Boy: 1 m 60 cm

Kilo: 70 kg

6 Eğitim Durumunuz?

Lorem Ipsum...

6 Mesleğiniz?

Lorem Ipsum...

8 Türkiye dışına seyahat eder misiniz?



Cevabınız evet ise hangi ülkeler olduğunu belirtiniz.

Norveç, Almanya





1 Sigara kullanıyor musunuz?



Günlük içtiğiniz sigara adedi nedir?

20

2 Alkol kullanıyor musunuz?



Kullanım sıklığınız nedir?



3 Herhangi bir tehlikeli aktivite ya da spor dalıyla uğraşıyor musunuz?



Cevabınız evet ise açıklayınız:

Dağcılık, vs.

4 Askerlik yaptınız mı? (erkekler içindir / cevabınız hayır ise açıklayınız.)



Muaf

Tecilli

Zamanı gelmedi

5 Boy: 1 m 60 cm
Kilo: 70 kg

6 Eğitim Durumunuz?

7 Mesleğiniz?

8 Türkiye dışına seyahat eder misiniz?



Cevabınız evet ise hangi ülkeler olduğunu belirtiniz.

Norveç, Almanya



Sigortalı Sağlık Bilgileri

1 Son 24 ay içinde herhangi bir tıp doktoruna başvurdunuz mu, ya da soğuk algınlığı veya grip gibi basit rahatsızlıklar dışında herhangi bir durum için, yakın gelecekte bunu yapmayı planlıyor musunuz?



2 Son 5 yıl içerisinde bir hastalık veya hastalığın tedavisi için 14 günden fazla herhangi bir ilaç tedavisi gördünüz mü?



3 Aşağıdaki rahatsızlıklardan herhangi birini yaşadınız mı ya da yaşamakta misiniz?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> Kalp Hastalığı | <input type="radio"/> Şeker Hastalığı | <input type="radio"/> Böbrek Hastalığı | <input checked="" type="radio"/> Hipertansiyon |
| <input checked="" type="radio"/> Sinir Sistemi | <input type="radio"/> Felç | <input type="radio"/> Kanser | <input type="radio"/> Hepatit |
| <input type="radio"/> Koli | <input type="radio"/> Diğer kronik veya uzun süreli hastalıklar | | |

4 Bu güne kadar hiç maluliyet ödemesi aldınız mı ya da şu andan almaktasınız?



5 Herhangi bir hayat sigortası başvuru formunuz ya da yenileme talebiniz reddedildi ya da ertelendi mi veya ekstra prim/kapsam dışı ile kabul edildi mi?



Ön Değerlendirme



Başvurunuza istinaden yapılan ön değerlendirme sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Ödüllü Birikim Hayat Sigortası ürünü başvurunuz için, kabulünüz çerçevesince Mesleki Risklere istinaden Ek Prim Uygulanması yapılmıştır.

Yeni Teminat Bilgilendirme ve Onay

Ek Prim Öncesi Vefat Teminatı

0000

Ek Prim Oranı

%00

Ek Prim Sonrası Vefat Teminatı

00



Sigortalı Sağlık Bilgileri

1 Son 24 ay içinde herhangi bir tıp doktoruna başvurdunuz mu, ya da soğuk algınlığı veya grip gibi basit rahatsızlıklar dışında herhangi bir durum için, yakın gelecekte bunu yapmayı planlıyor musunuz?



2 Son 5 yıl içerisinde bir hastalık veya hastalığın tedavisi için 14 günden fazla herhangi bir ilaç tedavisi gördünüz mü?



3 Aşağıdaki rahatsızlıklardan herhangi birini yaşadınız mı ya da yaşamakta misiniz?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> Kalp Hastalığı | <input type="radio"/> Şeker Hastalığı | <input type="radio"/> Böbrek Hastalığı | <input checked="" type="radio"/> Hipertansiyon |
| <input checked="" type="radio"/> Sinir Sistemi | <input type="radio"/> Felç | <input type="radio"/> Kanser | <input type="radio"/> Hepatit |
| <input type="radio"/> Koli | <input type="radio"/> Diğer kronik veya uzun süreli hastalıklar | | |

4 Bu güne kadar hiç maluliyet ödemesi aldınız mı ya da şu andan almaktasınız?



5 Herhangi bir hayat sigortası başvuru formunuz ya da yenileme talebiniz reddedildi ya da ertelendi mi veya ekstra prim/kapsam dışı ile kabul edildi mi?





Sigortalı Sağlık Bilgileri

1) Şu an itibarıyle bir sağlık probleminiz, deformasyona uğrayan veya eksik olan bir uzvunuz ya da nörolojik bir rahatsızlığınız var mı?



2) Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi ya da şu anda geçirmekte misiniz?



- Dolaşım sistemi hastalıkları (örneğin kalp rahatsızlığı, kalbe sırayet etmiş romatizma veya eklem romatizması, yüksek tansiyon, atar damar veya toplar damar hastalıkları)
- Solunum sistemi hastalıkları (örneğin bronşit, amfizem, nefes darlığı, verem, astım, devamı öksürük, zatürre)
- Genitoüriner sistem hastalıkları (örneğin nefrit, böbrek, üriner ya da genital organ enfeksiyonları, gut hastalığı, böbrek taşı, zührevi hastalıklar)
 - Böbrek taşı
 - Diğer
- Sindirim sistemi hastalıkları (örneğin sindirim bozuklukları, mide yada oniki parmak sağa sağa ülseri, sarılık, hepatit b, hepatiti c yada diğer karaciğer rahatsızlıklarını, safra kesesi rahatsızlıklar)
- Taş sebebi ile safra kesesi alındı
- Sinir sistemi hastalıkları ya da ruhsal bozukluklar (örneğin epilepsi, kriz yada bayılma atakları, sık görülen baş ağrıları, sinir krizi)
- Diyabet, kanser ya da herhangi bir kan, dalak, kulaki göz, cilt veya tiroid gibi bez hastalıkları
- Açıklanamayan gece terlemesi ve/veya kilo kaybı, sürekli ateş, kronik ya da tekrarlayan ishal, açıklanamayan iltihap veya şişmiş bezler
- Yukarıda yer almayan herhangi bir diğer hastalık ya da rahatsızlıklar

3) Daha önce hiç hastane tedavisi geçirdiniz mi, ameliyat oldunuz mu yada hastane tedavisi veya ameliyat önerildi mi?



4) Daha önce hiç aids ya da aids ile ilişkili bir durumla ilgili kan testi yaptırdınız mı ya da yaptırmanız önerildi mi? Hiç kan donörü olarak reddedildiniz mi?





Sigortalı Sağlık Bilgileri

- 5** Son beş yıl içinde kontroller ve kan testleri de dahil olmak üzere, herhangi bir sebeple doktora başvurduğunuz mu?
- Rutin Kontroller Diğer
- 6** Son beş yıl içinde size kan nakli yapıldı mı?
-
- 7** Daha önce hiç maluliyet ödemesi aldınız mı ya da şu anda almakta misiniz?
-
- 8** Geçici veya kalıcı felç, çift görme, tam veya kısmi görme kaybı, yürüme, denge, duyu, konuşma bozukluğu veya şuur değişiklikleri gibi şikayetleriniz oldu mu?
-
- 9** Herhangi bir organ veya doku nakli yapıldı mı?
-
- 10** Yukarıda yer alan hastalıklara benzer ya da bunlarla ilgili bir hastalık geçirmiş olan ve kan bağınız bulunan akrabınız var mı? (lütfen tüm detayları belirtiniz)
-
- 11** Daha önce reddedilen, ertelenen ya da ekstra primle kabul edilen herhangi bir hayat, emeklilik, sağlık ya da ferdi kaza sigortası başvurunuz ya da yenileme talebiniz oldu mu?
-
- 12** Son 12 ay içerisinde sağlık gereğesi ile 10 günden fazla işe devamsızlık yaptınız mı veya işten izin aldınız mı?
-



Ön Değerlendirme

Başvurunuza istinaden yapılan ön değerlendirme sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Ödüllü Birikim Hayat Sigortası ürünü başvurunuz için, kabulünüz çerçevesince Mesleki Risklere istinaden Ek Prim Uygulanması yapılmıştır.

Yeni Teminat Bilgilendirme ve Onay

Ek Prim Öncesi Vefat Teminatı

1.000

Ek Prim Oranı

%500

Ek Prim Sonrası Vefat Teminatı

167



Sigortalı Sağlık Bilgileri

5 Son beş yıl içinde kontroller ve kan testleri de dahil olmak üzere, herhangi bir sebeple doktora başvurduğunuz mu?



Rutin Kontroller Diğer

6 Son beş yıl içinde size kan nakli yapıldı mı?



7 Daha önce hiç maluliyet ödemesi aldınız mı ya da şu anda almakta misiniz?



8 Geçici veya kalıcı felç, çift görme, tam veya kısmi görme kaybı, yürüme, denge, duyu, konuşma bozukluğu veya şuur değişiklikleri gibi şikayetleriniz oldu mu?



9 Herhangi bir organ veya doku nakli yapıldı mı?



10 Yukarıda yer alan hastalıklara benzer ya da bunlarla ilgili bir hastalık geçirmiş olan ve kan bağınız bulunan akrabınız var mı? (lütfen tüm detayları belirtiniz)



11 Lorem Ipsum...

.....

.....

11 Daha önce reddedilen, ertelenen ya da ekstra primle kabul edilen herhangi bir hayat, emeklilik, sağlık ya da ferdi kaza sigortası başvurunuz ya da yenileme talebiniz oldu mu?



12 Son 12 ay içerisinde sağlık gereğesi ile 10 günden fazla işe devamsızlık yaptınız mı veya işten izin aldınız mı?





Başvuru Onayı

"Elektronik Ticaretin Düzenlenmesi Hakkında Kanun" ve "Sigortacılık Kapsamında Değerlendirilecek Faaliyetlere, Tüketiciler Lehine Yapılan Sigorta Sözleşmeleri ile Mesafeli Akdedilen Sigorta Sözleşmelerine İlişkin Yönetmelik" uyarınca, ticari elektronik ileti gönderimi başta olmak üzere, Aegon Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye yetki ve izin verdiğim, ayrıca ilgili mevzuatlarda düzenlenmemiş olan tüm yükümlülüklerin Aegon Emeklilik ve Hayat A.Ş. tarafından yerine getirildiğini beyan, kabul ve taahhüt ederim.



SİGORTA ETTİREN

Ad Soyad: Joe Doe

Tarih: 00/00/0000

İmza

A SIGORTA

Ad Soyad: Joe Doe

Tarih: 00/00/0000

İmza