

# ANADOLU SİGORTA

BAKIRKÖY BÖLGE MÜD.  
FAKS: (212) 350 0 120  
KADIKÖY BÖLGE MÜD.  
FAKS: (216) 571 88 48  
ŞİŞLİ BÖLGE MÜD.  
FAKS: (212) 350 0 180

AKDENİZ BÖLGE MÜD.  
FAKS: (242) 241 42 80  
BATI ANADOLU BÖLGE MÜD.  
FAKS: (232) 489 06 85  
BATI KARADENİZ BÖLGE MÜD.  
FAKS: (372) 312 11 00

GÜNEY ANADOLU BÖLGE MÜD.  
FAKS: (322) 363 15 06  
İÇ ANADOLU BÖLGE MÜD.  
FAKS: (312) 425 80 39  
KARADENİZ BÖLGE MÜD.  
FAKS: (462) 326 97 22

MARMARA BÖLGE MÜD.  
FAKS: (224) 211 13 45  
GAZİANTEP İRTİBAT BÜROSU  
FAKS: (342) 231 37 20  
KIBRIS ŞUBESİ  
FAKS: (392) 227 95 96



## ASANSÖR KAZALARINDA ÜÇÜNCÜ KİŞİLERE KARŞI SORUMLULUK SİGORTASI SORU FORMU

No :

Çerçeve ile gölgelendirilmiş alanlar Şirket / Acente tarafından doldurulacaktır.

www.anadolusigorta.com.tr

Acente Kodu	Alt Acente Kodu	Yeni Müşteri <input type="checkbox"/>	Müşteri No.	Müşteri Grup No
Police No	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Police Süresi	

### 1. Sigorta Ettirenin

Adı/Unvanı	Soyadı	
Doğum Tarihi	Mesleği	
Baba Adı	T.C. Kimlik No	Uyruğu
Vergi Kimlik No*	Vergi Dairesi	Vergi Dairesi İli

\* 19.06.2001 tarihli, 24437 [mükerrer] sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 2 no'lu Vergi Kimlik Numarası Genel Tebliği uyarınca, 01.09.2001 tarihinden itibaren sigorta poliçesi düzenlenebilmesi için VERGİ KİMLİK NUMARASI'nın tespiti zorunludur. Altı aydan uzun süredir yurtdışında yaşayan Türk vatandaşlarının vergi kimlik numarasının bildirilmesine gerek yoktur. Bu kişilerin pasaportlarının veya çalışma/oturma izni belgelerinin bir fotokopisinin bu forma eklenmesi gereklidir.

### Adresi

Serbest Adres (Sadece aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır.)

Köy/Mahalle	Cadde	Sokak		
Apt. <input type="checkbox"/> Han <input type="checkbox"/> Çarşı <input type="checkbox"/> Pasaj <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> vb.'nin	Bina No	Daire No	Kat	Posta Kodu
Adı	Semt	İlçe	İl	E-posta
Ev Telefonu	İş Telefonu	Cep Telefonu	Faks	

### Türkiye İş Bankası grubu çalışanı ise;

Şirket Adı	Sicil No	Anadolu Sigorta çalışanının akrabası ise yakınlık derecesini belirtiniz.
------------	----------	--

### Sigorta ettirenin poliçeyi ne sıfatla yaptırdığı

Mal Sahibi  İşletici  Yönetici  Vekil  Diğer

### 2. Asansörün bulunduğu adres

Serbest Adres (Sadece aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır.)

Köy/Mahalle	Cadde	Sokak			
Apt. <input type="checkbox"/> Han <input type="checkbox"/> Çarşı <input type="checkbox"/> Pasaj <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> vb.'nin	Bina No	Daire No	Kat	Posta Kodu	
Adı	Semt	İlçe	İl	Ev Telefonu	İş Telefonu

### Birden fazla adres söz konusu ise lütfen belirtiniz.


### 3. Asansör bilgileri

Bulunduğu yer

- Konut  
 Hastane, okul, işhanı, ticari-sınai kuruluşlar  
 Otel vb. turistik tesisler

Asansör No	Kullanım şekli	Marka/Tip	Kapasite (kişi/kg)
1	<input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> y		
2	<input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> y		
3	<input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> y		
4	<input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> y		
5	<input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> y		
6	<input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> y		

i : insan taşıma

y : yalnızca yük ve servis için

### 4. Sigorta konusu asansörlerin dönemsel olarak bakımları yapılmakta mıdır?

- Evet, yıllık bakım sözleşmesini ekleyiniz.  
 Hayır

**5. Teminat limiti**Maddi-bedeni ayırımı yapılmaksızın,  
olay başına ve YILLIK TOPLAM TEK LİMİT

TL

İşveren sorumluluğu ek teminatı isteniyor mu?

(Çalışanlarınızın bedeni zararları, aynı teminat limiti ile sınırlı olmak kaydıyla teminata eklenir.)

 Evet Hayır**6. Kalite belgeniz varsa; adını, numarasını ve hangi kurumdan alındığını yazınız.****7. Bugüne kadar sorumluluğunuzu doğuran herhangi bir asansör kazası oldu mu? Oldu ise kaza nedeni ile ödenen ve gelecekte ödenebilecek tazminat taleplerine ilişkin ayrıntılı bilgi veriniz.****8. Üçüncü kişilere karşı ya da işveren sorumluluğuyla ilgili başka bir sigorta poliçeniz varsa;**

	Sigorta Şirketi	Sigorta Süresi	Teminat Limiti	Poliçe No
Üçüncü Kişilere Karşı Sorumluluk				
İşveren Sorumluluk				

**9. Daha önce herhangi bir sigorta şirketi tarafından poliçeniz iptal edildi mi?** Evet Hayır

Evet ise lütfen bilgi veriniz.

 Evet Hayır

Yenilenmesinden kaçınıldı mı?

Evet ise lütfen bilgi veriniz.

**10. Soru formunda yer almayan ancak rizikonun değerlendirilmesi açısından önem taşıdığı düşünüşünüz konular varsa ayrıca belirtiniz.**

Beyanınıza dayanılarak düzenlenecek poliçenizdeki teminatların kapsamı, hasar bildirim ve tazminat esasları hakkındaki ayrıntılı bilgiler, poliçenizle birlikte size verilecek olan Genel Şart, Özel Şart ve Klozlarda yer almaktadır.

Dilerseniz bu bilgileri poliçenizi düzenlettirmeden önce de acentenizden, Türkiye İş Bankası şubelerinden veya Anadolu Sigorta Müdürlüklerinden edinebilirsiniz.

Bu form, imzalanmasına rağmen teklif sahibi ve/veya sigortacı için sigorta sözleşmesinin gerçekleşmesi açısından bağlayıcı olmayacaktır.

**Bu soru formunda beyan olunan değerlerin/bilgilerin doğru, tam ve gerçeğe uygun olduğunu ve gerçeğe aykırı beyanda bulunduğum takdirde sigorta sözleşmesinden doğan tüm haklarımdan peşinen vazgeçtiğimi kabul ve beyan ederim.****Ödeme Türü** Peşin Vadeli**Ödeme Şekli** Nakit  Kredi kartı Çek  Türkiye İş Bankası hesabı**UYARI:** Kredi kartı veya hesaba ödeme, ancak poliçe numarasını taşıyan Kredi Kartı veya Otomatik Ödeme Talimat Formu doldurulması halinde geçerlidir.

Tarih

Sigorta Ettiren (İmza - Kaşe)

Acente	Düzenleyen	Kontrol Eden
Teklif sahibinin şirketimizde mevcut başka sigortaları varsa poliçe türünü ve numaralarını	Ad Soyad - Unvan	Ad Soyad
Teklif sahibi hakkında kişisel kanınızı belirtiniz.		
Tarih - Saat	Tarih - Saat	Tarih - Saat
İmza / Kaşe	İmza / Kaşe	İmza / Kaşe