

TÜRKİYE HAVAYOLU PİLOTLARI EĞİTİM, SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI LİSANS KAYBI ÜYELİK BAŞVURU FORMU

Sayın Üyelerimiz; Bu başvuru formunun bütün bölümlerini eksiksiz olarak doldurunuz. Pilotlar Vakfı'nın hizmet anlayışı, daima üyelerinin hak ve menfaatlerini ön planda tutmaktır. Bununla birlikte, bilerek ya da bilmeyerek, eksik/yanlış bilgi verilmesi halinde size yardım yapılmayacaktır. Diğer taraftan, tam sağlam olarak sisteme giren üyelerimiz daha sonra önemli sağlık problemleriyle karşılaşılırsa, Pilotlar Vakfı bu yönerge kapsamındaki her türlü yardımı yapmaktan gurur duyacaktır.

BÖLÜM 1

ADI SOYADI:
DOĞUM TARİHİ (GÜN/AY/YIL) :/...../.....
EV TELEFONU :
CEP TELEFONU:.....
E-MAİL:.....@.....
İKAMETGAH ADRESİ:.....

BÖLÜM 2

Çalıştığı Şirket:.....
Hava aracı tipi:
Lisans tipi, geçerlilik tarihi:
Hangi ülke tarafından verildiği:
Görev yaptığı hava aracı kilosu : 5700 Kg altı 5700 Kg üstü

BÖLÜM 3

1-) Şu andaki veya daha önceki lisanslarınıza herhangi bir sınırlama veya kısıtlama yazıldı mı?

Evet Hayır

Cevabınız Evet ise tarih ve detayları belirtiniz

2-) Daha önce başka bir "Lisans kaybı, Kalıcı Sağlık veya Uçucu Ekip Maluliyet Sigortası"ndan hak elde ettiniz mi?

Evet Hayır

Cevabınız Evet ise tarih ve detayları belirtiniz:.....

3-) Uçuş hayatınız boyunca, tıbbi nedenlerden dolayı hiç uçuşunuz durduruldu mu / herhangi bir nedenle lisansınız iptal edildi mi?

Evet Hayır

Cevabınız Evet ise tarih ve detayları belirtiniz:.....

4-) Kalp ile ilgili (by-pass-stend vb.) bir rahatsızlık geçirdiniz mi?

Evet Hayır

Cevabınız Evet ise tarih ve detayları belirtiniz:.....

5-) Geçerli Sağlık Sertifikanız var mı?

Evet Hayır

6-) En son girdiğiniz periyodik sağlık muayenesi tarihi :.....

En son elektrokardiyografi (EKG) çekim tarihi:.....

En son girdiğiniz muayenede herhangi bir anormallik ortaya çıktımı? kısıtlama yazıldı mı ?

Evet Hayır

Cevabınız Evet ise tarih ve detayları belirtiniz:.....

7-) Sağlık geçmişinizdeki tüm maluliyetler, hastalıklar, kazalar ve geçirilen operasyonlar dahil olmak üzere tarihleri ile birlikte bildirilmelidir. Eğer sağlık geçmişinizde hiçbir problem yok ise el yazınız ile "YOK" yazınız. (Devamlı kullanılması gereken ilaç, düzenli olarak kontrol amaçlı sağlık muayenesi durumunun beyan edilmesi şarttır.)

İMZA

BÖLÜM 4

Sağlık muayenesi sonrası aşağıdakilerden biri yada daha fazlası istendiyse işaretleyiniz.

İlave veya ileri tetkikler istendi mi?

Evet Hayır

Sağlık sertifikanızın yenilenmesi reddedildi mi?

Evet Hayır

Normal zaman aralığından önce sağlık muayenesine girdiniz mi ?

Evet Hayır

İlaç almanız veya özel bir diyet uygulamanız istendi mi ?

Evet Hayır

Tedaviye ihtiyaç duyuldu mu ?

Evet Hayır

Cevaplarınız da Evet var ise tarih ve detayları ile belirtiniz:.....

BÖLÜM 5

Lisans Kaybı Baz Güvence Miktarı 150.000 TL. dir.

Yönerge esaslarına göre ödemeler yapılır.

BÖLÜM 6

Ödeme Şekliniz Seçiniz:

Kredi Kartı Banka Havalesi

Kredi Kartı numaranız :

Kredi Kartı son kullanım tarihiniz:...../.....

Kredi Kartı Güvenlik numaranız (CVV) :.....

Banka kartı bilgilerinizi vermek istemiyorsanız, lütfen vakıfla iletişime geçiniz.

BÖLÜM 7

Adı Soyadı:

Yaş Grubu:

Yardım tablosundaki tercih edilen yardım tutarı Ödeme Planı :
Ocak ayından sonraki müracaatlarda geriye dönük ödeme yapmak ister misiniz? **Evet** **Hayır**

TARİH	TUTAR(TL)	TARİH	TUTAR(TL)
01) 15/01/20.....	07) 15/07/20.....
02) 15/02/20.....	08) 15/08/20.....
03) 15/03/20.....	09) 15/09/20.....
04) 15/04/20.....	10) 15/10/20.....
05) 15/05/20.....	11) 15/11/20.....
06) 15/06/20.....	12) 15/12/20.....

BÖLÜM 8

Bu yıl ödemem gereken primlerin tamamını ve aksi yazılı talimatım olmadığı sürece, gelecek yıllarda yönergede belirtilen ve yaş grubuma tekabül eden indirimli katkı payını her ayın 15'inde Pilotlar Vakfı Hesap numarasına yatırmayı kabul ve taahhüt ediyorum. Kredi Kartım ile ödemeyi tercih ettiysem ödemem gereken katkı paylarını yukarıda hazırlanan ödeme planına takiben Pilotlar Vakfı tarafından bilgilerimi verdiğim kredi kartımdan çekilerek ödenmesini ve gelecek yıllarda da yönergede belirtilen ve yaş grubuma tekabül eden indirimli katkı payını yine bilgilerimi verdiğim kredi kartımdan çekilmesini kabul ve taahhüt ederim. Şahsıma ait sağlık durumu ve tedavilerle ilgili olarak Pilotlar Vakfı'nın talep edeceği bütün bilgi ve belgeleri Pilotlar Vakfı'na vereceğimi; adres bilgi değişikliğimin ve kredi kartı bilgilerimin güncellenmesinin - takibinin şahsıma ait olduğunu; Pilotlar Vakfı'nın bu bilgi ve belgeleri bu yönerge kapsamında yapılacak yardıma yönelik, yapılan sözleşme uyarınca öğrenme hakkının bulunduğunu ve bu konuda bilgim ve onayım olduğunu bildiririm. Bilgi formu ve ekli belgelerde verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu 25.04.2019 tarih ve Yönerge No: PV-Y.005 26 sayılı Ölüm ve Maluliyet Özel Yardımlaşma Yönergesini ve eklerini okuduğumu, tüm yönerge maddelerini kabul ettiğimi Yönetim Kurulu kararı ile yapılacak bu yönerge maddelerindeki tüm değişiklikleri de kabul edeceğimi taahhüt ederim. Pilotlar Vakfı'ndan yönerge maddeleri kapsamı dışında, hukuki yollardan herhangi bir hak talep etmeyeceğimi bildiririm.

Tarih:/...../20..... Adı Soyadı:

..... İmza:

GEREKLİ EVRAKLAR: Şirket ID Kartı, Pilot Lisansı, Sağlık Sertifikası Kopyaları



TÜRKİYE
HAVAYOLU PİLOTLARI
VAKFI

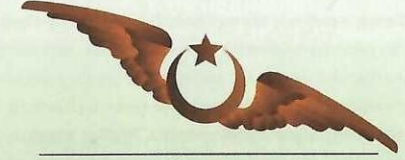
Şevketiye Mah. Serbesti Cad. No:8
34149 Yeşilköy / İSTANBUL

+90 (212) 663 82 39 +90 (212) 662 84 86

- Vakıf: 112 ● Sağlık: 113 ● Elementer: 114
- Vakıf Müdürü: 115 ● Lisans Kaybı: 116

pilvak@pilotlarvakfi.org.tr | www.pilotlarvakfi.org.tr

www.pilotlarvakfi.org.tr



TÜRKİYE
HAVAYOLU PİLOTLARI
VAKFI

LİSANS KAYBI
ÜYELİK BAŞVURU FORMU



Bizimle güvendesiniz...