

Lütfen, Başvuru ve Beyan Formu üzerinde yer alan tüm alanları büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz. Bu form, teklif niteliğinde değildir.

Aracı / KRY No	Seçilen Ürün / Poliçe No	Seçilen Plan
Teknik Personel Adı	Poliçe Başlangıç Tarihi	Poliçe Bitiş Tarihi

Sigorta priminin tamamı veya ilk peşinat ödenmediği takdirde, sigortacının sorumluluğu başlamaz. Bu doğrultuda, poliçe başlangıç tarihi hiçbir şekilde primin tamamının veya ilk taksit tutarının ödendiği tarihten farklı olamaz.

SİGORTA ETTİREN

Adı, Soyadı / Ünvanı	Vergi No/ Vergi Dairesi
Doğum Yeri / Tarihi	GSM No (0)
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No	Telefon (0)
Uyruk	E-posta
Cinsiyet	Yazışma Tercihi Ev ☐ İş ☐
Adresi	İl / İlçe
Ev	
İş	

SİGORTALI ADAYLARI

	1. Aday (Kendisi)	2. Aday (Eşi)	3. Aday (Çocuk)	4. Aday (Çocuk)	5. Aday (Çocuk)
Adı					
Soyadı					
Cinsiyet	☐ K ☐ E	☐ K ☐ E	☐ K ☐ E	☐ K ☐ E	☐ K ☐ E
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No					
Uyruk	☐ T.C. ☐ Diğer: _____	☐ T.C. ☐ Diğer: _____	☐ T.C. ☐ Diğer: _____	☐ T.C. ☐ Diğer: _____	☐ T.C. ☐ Diğer: _____
Doğum Tarihi	__ / __ / ____	__ / __ / ____	__ / __ / ____	__ / __ / ____	__ / __ / ____
GSM No					
E-Posta					
Meslek					
Boy / Kilo	__ cm / __ kg	__ cm / __ kg	__ cm / __ kg	__ cm / __ kg	__ cm / __ kg
Doğum Haftası	__ hafta	__ hafta	__ hafta	__ hafta	__ hafta

PRİM BİLGİLERİ (Bu bölüm, Satış Kanalı tarafından doldurulacaktır.)

Tarife Primi (TL)	
Ek Prim (%)	
İndirim (%)	
Sigortalı Prim Tutarı	
Toplam Poliçe Prim Tutarı	

Önemli Not: Bu form bir teklif niteliğinde değildir. Yukarıda hesaplanmış prim, başvuru formu ile bilgileri verilmiş tüm sigortalı adaylarının sigortalanacağı varsayımı ile fikir verme amacıyla belli ana kriterler esas alınarak örnek olarak mevzuat gereğince hesaplanmış olup; nihai tutar sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme tespit edilerek teklif edilecektir.

ÖDEME ŞEKLİ

Prim Ödeme Aracı	☐ Kredi Kartı	☐ Blokeli	☐ Blokesiz	☐ Banka Havalesi
Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza	
__ / __ / ____		__ / __ / ____		

KREDİ KARTI BİLGİLERİ (Sigorta Ettiren ile kredi kartı sahibi aynı kişi olmalıdır.)

Kredi Kartı Sahibi		Kart Türü	☐ Visa ☐ Master
Kredi Kartı No	____/____/____/____	CVV	---
Banka Adı		Son Kullanma Tarihi	--/--

* Blokeli çekimler sadece World ve Bonus özelliği olan kartlarda yapılabilmektedir.

PRİM ÖDEME PLANI

☐ 2 Eşit Taksit	☐ 6 Eşit Taksit	☐ ____ Eşit Taksit	Taksit ödemeleri her ayın kaçında yapılacak? ____
☐ 4 Eşit Taksit	☐ 8 Eşit Taksit	☐ Peşin	

BANKA HESAP BİLGİLERİ (Anlaşmasız kuruma başvurulması halinde tedavi masraflarının ödenilmesinin istendiği hesap) - (18 yaş üstü sigortalıların kendilerine ait banka hesap bilgileri yazılmalıdır.)

	Hesap Sahibi	IBAN No
1. Aday (Kendisi)		
2. Aday (Eşi)		
3. Aday (Çocuk)		
4. Aday (Çocuk)		
5. Aday (Çocuk)		

SİGORTA ETTİREN BEYANI

1. Sigorta Ettiren olarak yazılı talimat ile aksini Sigortacı'ya bildirmediğim takdirde, sigorta primlerinin ikinci bir talimata kadar, kredi kartımdan tahsil edilmesini, tahsil edilmemesi halinde, poliçe teslim olmuş olsa dahi Sigortacı'nın sorumluluğunun başlamayacağını biliyorum ve sözleşmenin kurulması sırasında ve Sigortacı'nın talep ettiği diğer durumlarda sigorta kapsamına alınacak bireylere ait bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ediyorum.
2. Sigorta Ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/ kararlaştırılan prim ödeme vadeleri kesin vade niteliğindedir. Sigorta Ettiren, kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesi uygulanır. Sigortacı'nın, Sigorta Ettiren'in temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunu'ndan doğan diğer hakları saklıdır.
3. Yukarıda hesaplanmış primin, Başvuru ve Beyan Formu ile bilgileri verilmiş tüm sigortalı adaylarının sigortalanacağı varsayımı ile seçilen ürüne paralel olarak hazırlanmış olduğunu, Başvuru ve Beyan Formu, ekli belgeler, raporlar, şirket kayıtları ve diğer bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda prim ve poliçe şartlarının değişebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.
4. Başvuru ve Beyan Formu'nun ilgili kısımlarında bildirilen e-posta adreslerinin ve diğer iletişim bilgilerinin şahsıma ve sigortalı adaylarına ait olduğunu ve Aksigorta A.Ş. tarafından sigorta sözleşmesi öngörüşmeleri ve sigorta sözleşmesi ile ilgili tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin teslimi için bu iletişim bilgilerinin kullanılabilceğini ve Sigortacı tarafından SMS ve/ veya e-posta ile gerek tarafıma gerekse sigortalılara yapılacak tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin tesliminin bu iletişim bilgileri kullanılarak yapılacağını peşinen kabul ettiğimi beyan ederim.
5. Poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunmak suretiyle, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması kaydıyla sigortadan cayabileceğim hususunda bilgilendirildiğimi kabul ve beyan ederim.
6. Bu Başvuru ve Beyan Formu, yapılan bilgilendirmeye istinaden seçilen ürün doğrultusunda tarafımda doldurulmuştur.

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza
____/____/____		____/____/____	

Sözleşmenin kurulması sırasında veya Sigortacı'nın talep ettiği diğer durumlarda, sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak, Başvuru ve Beyan Formu'nda yer alan sorulara tam ve doğru olarak cevap verilmelidir. Söz konusu beyanın gerçeğe aykırı veya eksik olması durumunda ve/veya beyan yükümlülüğünün yerine getirilmemesi halinde, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe Özel Şartları uyarınca, tespit edilen tarih itibarıyla Sigorta Sözleşmesi yeniden düzenlenecektir. Bu durumda, hastalığa ilişkin sebepsiz yere ödenen tazminatların iade edilmesi, Sigortacı tarafından sözleşme şartlarının yeniden belirlenmesi (muafiyet, ek prim, limit vb. uygulanabilecektir.) ve sigorta sözleşmesinin iptali söz konusu olabilecektir.

Diğer Sigorta Şirketi Bilgileri

Başka sigorta şirket(ler)inde sona eren veya halen devam eden Sağlık Poliçeniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Sigorta Şirketi Adı :

Poliçe Bitiş Tarihi : __/__/____

Poliçe Numarası :

Sağlık Bilgileri

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününde, sigortalı olunmadan önce var olan mevcut rahatsızlık ve hastalıklar ile bunların periyodik devamlılık ve nöksleri ile bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlara ilişkin tüm giderler kapsam dışı olup aşağıda detayı belirtilen Hastalık/Risk Grupları'ndan herhangi birine sahip olan kişiler bu ürün kapsamında sigortalanamaz.

Hastalık/Risk Grupları:

Tüm Malign (Her türlü kanser, kötü huylu/seyrirli tümör, kitle vb.) hastalıklar, Organ yetmezlikleri, eksiklikleri, anomalileri ile organ nakil hastaları vb., Kronik Akciğer, Kronik Karaciğer ve Kronik Böbrek Hastalıkları (Diyaliz Hastaları, Tek Böbrekliler, Polikistik Böbrek, Nefrotik Sendrom, Tüberkuloz, Sarkoidoz, Amfizem, Hepatitler, Siroz vb.), Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları (İskemik Kalp Hastalıkları, Miyokard Enfarktüsü, Kalp Kapak Hastalıkları By Pass Geçirenler, PTCA, Stent Hasta Sinüs Sendromu, Kardiyomyopati, Kalp Yetmezliği, Hipertansiyon, Vaskülitler, Anevrizmalar, Malformasyonlar vb.), Kas İskelet Sisteminin Kronik Hastalıkları (Myastenia Gravis, Konjenital Miyopatiler, Musküler Distrofiler vb.), Merkezi Sinir Sisteminin Organik ve İlerleyici Hastalıkları (Epilepsi, Felç, Alzheimer, Parkinson, Serebral Palsi, Multipl Skleroz vb.), Sindirim Sisteminin Kronik Enflamatuvar Hastalıkları (Crohn, Ülseratif Kolit, Pankreatit vb.), Psikolojik/Psikotik Hastalıklar (Major Depresyon, Psikozlar, Bipolar Bozukluklar, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Yeme Bozuklukları vb.), Motor Gelişme Gerilikleri, Alkol, uyuşturucu ve madde bağımlılığı, Metabolik ve Endokrin Hastalıklar (Addison Hastalığı, Cushing Sendromu, Obezite, Diabet, vb.), Kalıcı beyin, omurilik hasarı, multiple travma ve ciddi yanıklar vb., Kan-kan yapıcı organların hastalıkları, kanama ve pıhtılaşma bozuklukları (Hemofili, polisitemi, trombositopeni, Majör Thalessemi, Orak Hücreli Anemi, ITP (İdiyopatik Trombositopenik Purpura), Aplastik anemi vb.), Romatizmal ve kollajen doku hastalıkları (Romatoid artrit, SLE, ankilozan spondilit, FMF, amiloidoz, behçet vb.), Bağışıklık sistemi bozuklukları (AIDS, Immünglobülin eksiklikleri, çölyak vb.), Doğumsal, Genetik-Ailevi Hastalıklar (Protein, Karbonhidrat, Lipid metabolizma bozuklukları, MEN Sendromları, Kistik Fibrozis, Polipozis vb.), VKİ=Kilo/((boy) x (boy)) indeksinin 36 ve üstünde veya 15 ve altında olması (18 yaş ve üstü kişiler için geçerlidir), Prematüre doğum (34 hafta ve/veya 2 kg altındaki yeni doğanlar), Tam Görme ve İşitme Kaybı Olanlar.

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza
__/__/____		__/__/____	

Lütfen, aşağıdaki soruları sigorta kapsamına alınacak bireylerin tamamı için yanıtlayınız.

Sorgulanan hastalık ya da durumlara vereceğiniz “Evet” yanıtları için, açıklamalar bölümüne sigortalı adayı ve hastalık / durum numarasını yazarak; mevcut şikayetlerin ne olduğu, tetkik edilen ya da tedavi olunan rahatsızlık ile ilgili tıbbi tanı, tetkik / tedavi görülen doktor / hastane adı ve son durum ile ilgili detayları belirtiniz. “EVET” olarak işaretleyeceğiniz hastalık ve/veya durumla ilgili, elinizde bulunan doktor, ameliyat, epikriz raporları, test ve varsa patoloji sonuçlarının kopyalarını lütfen Başvuru ve Beyan Formuna ekleyiniz.

A.Geçirilmiş bir ameliyat, hastalık/rahatsızlık veya takip ve tedavisi devam eden bir hastalık/rahatsızlık ya da doktora başvurulmamış bir sağlık şikayetiniz var mı? ☐ E ☐ H

Evet yanıtı verdiğiniz sigortalı adayları için lütfen aşağıdaki hastalık gruplarından seçim yaparak ilerleyiniz;

“Evet” yanıtı verdiğiniz sorulara ilişkin detayları aşağıda açıklayınız.

1	Kalp ve Damar Hastalıkları (İskemik Kalp Hastalıkları, Miyokard Enfarktüsü, Kalp Kapak Hastalıkları, By Pass, PTCA, Stent, Hasta Sinüs Sendromu, Kardiyomyopati, Kalp Yetmezliği, Hipertansiyon, Vaskülitler, Anevrizmalar, Malformasyonlar vb.)	☐ E ☐ H	10	Doğumsal, Genetik-Ailevi Hastalıklar (Protein, Karbonhidrat, Lipid, Metabolizma Bozuklukları, Down Sendromu MEN Sendromları, Kistik Fibrozis, Polipozis vb.)	☐ E ☐ H
2	Metabolik ve Endokrin Hastalıklar (Addison Hastalığı, Cushing Sendromu, Obezite, Diabet vb.)	☐ E ☐ H	11	Alkol, Uyuşturucu ve Madde Bağımlılığı	☐ E ☐ H
3	Kanser (kötü huylu tümörler ve kitle dahil)	☐ E ☐ H	12	Motor Gelişme Gerilikleri	☐ E ☐ H
4	Merkezi Sinir Sisteminin Organik ve İlerleyici Hastalıkları (Epilepsi, Felç, Alzheimer, Parkinson,Serebral Palsi, Multipl Skleroz vb.)	☐ E ☐ H	13	Psikolojik/Psikotik Hastalıklar (Major Depresyon, Psikozlar, Bipolar Bozukluklar, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Yeme Bozuklukları vb.)	☐ E ☐ H
5	Kas İskelet Sisteminin Kronik Hastalıkları (Myastenia Gravis, Konjenital Miyopatiler, MuskülerDistrofiler vb.)	☐ E ☐ H	14	Tam Görme ve İşitme Kaybı	☐ E ☐ H
6	Kan-Kan Yapıcı Organların Hastalıkları, Kanama ve Pıhtılaşma Bozuklukları (Hemofili, Polisitemi, Trombositopeni, Majör Thalessemi, Orak Hücreli Anemi, ITP (idiyopatik Trombositopenik Purpura),Aplastik anemi vb.)	☐ E ☐ H	15	Kronik Akciğer, Kronik Karaciğer ve Kronik Böbrek Hastalıkları (Diyaliz Hastaları, Tek Böbrekleri, Polikistik Böbrek, Atnalı Böbrek, Nefrotik Sendrom, Sarkoidoz, Amfizem,Hepatitler, Siroz vb.)	☐ E ☐ H
7	Kalıcı Beyin, Omurilik Hasarı, Multiple Travma ve Ciddi Yanıklar vb.	☐ E ☐ H	16	Prematüre Doğum (34 hafta ve/veya 2 kg altındaki doğumlar)	☐ E ☐ H
8	Romatizmal ve Kollajen Doku Hastalıkları (Romatoid artrit, SLE, Ankilozan Spondilit, FMF,Amiloidoz, Behçet vb.)	☐ E ☐ H	17	Organ Yetmezlikleri, Eksiklikleri, Anomalileri, Organ Nakil Hastaları vb.	☐ E ☐ H
9	Bağışıklık Sistemi Bozuklukları (AIDS, Immünglobülin Eksiklikleri, Çölyak vb.)	☐ E ☐ H	18	Sindirim Sisteminin Kronik Enflamatuvar Hastalıkları (Crohn, Ülseratif Kolit, Pankreatit vb.)	☐ E ☐ H

AÇIKLAMALAR

Sigortalı Aday No	Soru No	Şikayet, Hastalık Adı	Doktor, Hastane Adı
Ekli Belgeler			

B. Yukarıda belirtilmiş olan hastalıklar dışında başka bir rahatsızlığınız ve/veya tanısı konulmamış dahi olsa şikayetiniz var mı? Var ise aşağıda yer alan açıklamalar alanında detayları belirtiniz.

AÇIKLAMALAR

Sigortalı Aday No	Şikayet, Hastalık Adı	Doktor, Hastane Adı
Ekli Belgeler		

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı,Tarih	İmza	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza
__/__/____		__/__/____	

SİGORTA ETTİREN BEYANI

1. Başvuru ve Beyan Formu ile bilgileri verilmiş olan tüm sigortalı adaylarının sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi ve benzeri) ve gerekçe gibi bilgilerinin tarafımla paylaşılmasına ve ayrıca her bir sigortalı adayının bilgilerinin elektronik ortam üzerinde birbirlerinden görüntülenebilmesine dair muvafakatleri olduğunu ve buna ilişkin olarak her bir sigortalının kendisinden alınmış ekteki muvafakatnameyi de cayma süresi içinde Sigortacı'ya ibraz edeceğimi, aksi halde her türlü sonuçtan şahsen sorumlu olacağımı kabul ve beyan ederim.

2. Şirketinizce düzenlenen poliçeler ve tazminat ödemeleri kapsamında risk ölçümü yapılabilmesi, tazminat taleplerinin değerlendirilebilmesi, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile sigorta işlemleri kapsamındaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve tarafıma özel fırsatların geliştirilebilmesi için sağlık verilerim de dahil olmak üzere kişisel verilerimin işlenmesi gerektiğini biliyor ve kabul ediyorum. Bu kapsamda gerek ileteceğim, gerekse de ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve kamu kurum ve kuruluşları, özel ve resmi sağlık kurumları, eczaneler, laboratuvarlar, hekim ve diğer ilgili üçüncü kişiler/kurumlardan hakkımda bilgi ve belge temin edilmesine onay veriyorum. Tüm bu verilerin, Sigortacı tarafından aşağıda açıklandığı çerçevede elde edileceği, kaydedilebileceği, muhafaza edilebileceği, açıklanabileceği, mevzuatın izin verdiği durumlarda üçüncü kişilere aktarılabileceği veya diğer şekillerde işlenebileceği konularında bilgilendirildiğimi ve buna onay verdiğimi beyan ederim.

Kişisel verilerimin ilgili sigorta tekliflerinin/poliçelerinin yürürlük tarihi süresince ve mevzuatta öngörülen saklama süreleri boyunca yazılı veya elektronik ortamda muhafaza edilebileceğini biliyor ve kabul ediyorum. Sağlık verilerimin özel nitelikli kişisel veri olduğunu, sağlık verilerinizi de içeren kişisel verilerimin, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yönetilmesi konusunda görev yapan sigorta şirketlerince açık rıza aranmaksızın işlenebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.

Kişisel verilerimin yukarıda belirtilen amaçlarla, denetleyici ve düzenleyici makamlar ve ilgili kamu kuruluşları ile; Şirket'in sigortaya aracılık eden dağıtım kanalı, hissedarları, doğrudan / dolaylı yurtiçi / yurtdışı iştirakleri, reasürörleri, hizmet alınan, işbirliği yapılan kişi ve kuruluşlar ile destek hizmeti sağlayıcıları, brokerler, diğer sigorta şirketlerine ve sigorta sözleşmesini yaptıran Sigorta Ettiren / Sigorta Ettiren yetkilisine aktarılabileceğini ve bunlarla paylaşılabilceğini biliyor ve kabul ediyorum.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca, kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenme, işlenmişse bilgi talep etme, işlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, yurt içinde / yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri bilme, eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda sayılan istisnai haller saklı kalmak üzere Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 7'nci maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini / yok edilmesini isteme, aktarıldığı üçüncü kişilere yukarıda sayılan işlemlerin bildirilmesini isteme, münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhime bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme, kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına, Sigortacı'nın mevzuattan ve bu formdan doğan hakları saklı kalmak üzere, sahip olduğum konularında bilgilendiğimi beyan derim. Sigortacı'nın makul olmayacak düzeyde yinelenen, orantısız düzeyde teknik çaba gerektiren, başkalarının gizliliğini tehlikeye atan veya başka şekilde aşırı derecede zor olan istekleri reddetme hakkı saklı olduğunu biliyor ve kabul ediyorum.

3. Bu beyan sonucu oluşabilecek Sigorta Sözleşmesi'ne ait Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nı okuduğumu ve kabul ettiğimi beyan ederim.

4. Sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak bu Başvuru ve Beyan Formu'nda ve ekli belgelerde verilen bilgilerin tam ve doğru olduğunu kabul ve beyan ederim.

5. Şirketiniz tarafından, SMS, telefon, elektronik posta ve benzeri iletişim kanallarından iletilecek bilgilendirme ve pazarlama mesajlarının tarafıma gönderilmesini kabul ederim.

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza
__ / __ / ____		__ / __ / ____	

TEMİNAT SEÇİMİ

Sigortalı Aday No	
Yatarak	☐
Sigortalı Aday No	
Yatarak + Ayakta	☐
Sigortalı Aday No	
Yatarak + Annelik Doğum	☐
Sigortalı Aday No	
Yatarak + Ayakta + Annelik Doğum (Rutin Kontrol Dahil)	☐

MEDİKAL HİZMET AĞI

Sigortalı Aday No		☐ T1
Sigortalı Aday No		☐ T2

“Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği” ve “Kişisel Verilerin Korunması” Mevzuatı gereğince;

• Şirketinizce düzenlenen poliçeler ve tazminat ödemeleri kapsamında risk ölçümü yapılabilmesi, tazminat taleplerinin değerlendirilebilmesi, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile sigorta işlemleri kapsamındaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve tarafıma özel fırsatların geliştirilebilmesi için sağlık verilerim de dahil olmak üzere kişisel verilerimin işlenmesi gerektiğini biliyor ve kabul ediyorum. Bu kapsamda gerek ileteceğim, gerekse de ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve kamu kurum ve kuruluşları, özel ve resmi sağlık kurumları, eczaneler, laboratuvarlar, hekim ve diğer ilgili üçüncü kişiler/kurumlardan hakkımda bilgi ve belge temin edilmesine onay veriyorum. Tüm bu verilerin, Sigortacı tarafından aşağıda açıklandığı çerçevede elde edileceği, kaydedilebileceği, muhafaza edilebileceği, açıklanabileceği, mevzuatın izin verdiği durumlarda üçüncü kişilere aktarılabileceği veya diğer şekillerde işlenebileceği konularında bilgilendirildiğimi ve buna onay verdiğimi beyan ederim.

Kişisel verilerimin ilgili sigorta tekliflerinin/poliçelerinin yürürlük tarihi süresince ve mevzuatta öngörülen saklama süreleri boyunca yazılı veya elektronik ortamda muhafaza edilebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.

Sağlık verilerimin özel nitelikli kişisel veri olduğunu, sağlık verilerinizi de içeren kişisel verilerimin, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yönetilmesi konusunda görev yapan sigorta şirketlerince açık rıza aranmaksızın işlenebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.

Kişisel verilerimin yukarıda belirtilen amaçlarla, denetleyici ve düzenleyici makamlar ve ilgili kamu kuruluşları ile; Şirket'in sigortaya aracılık eden dağıtım kanalı, hissedarları, doğrudan / dolaylı yurtiçi / yurtdışı iştirakleri, reasürörleri, hizmet alınan, işbirliği yapılan kişi ve kuruluşlar ile destek hizmeti sağlayıcıları, brokerler, diğer sigorta şirketlerine ve sigorta sözleşmesini yaptıran Sigorta Ettiren / Sigorta Ettiren yetkilisine aktarılabileceğini ve bunlarla paylaşılabileceğini biliyor ve kabul ediyorum.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca, kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenme, işlenmişse bilgi talep etme, işlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, yurt içinde / yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri bilme, eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda sayılan istisnai haller saklı kalmak üzere Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 7'nci maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini / yok edilmesini isteme, aktarıldığı üçüncü kişilere yukarıda sayılan işlemlerin bildirilmesini isteme, münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhime bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme, kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına, Sigortacı'nın mevzuattan ve bu formdan doğan hakları saklı kalmak üzere, sahip olduğum konularında bilgilendiğimi beyan derim. Sigortacı'nın makul olmayacak düzeyde yinelenen, orantısız düzeyde teknik çaba gerektiren, başkalarının gizliliğini tehlikeye atan veya başka şekilde aşırı derecede zor olan istekleri reddetme hakkı saklı olduğunu biliyor ve kabul ediyorum.

• Teklif/Başvuru ve Beyan Formu ile bilgileri olan tüm bilgilerin bilğim dahilinde verildiğini ve bilğim dahilindeki gerçeği tamamen yansıttığını şahsımın ve bağımlılarımın sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi ve benzeri) ve gerekçe gibi bilgilerinin Sigorta Ettiren ile paylaşılmasına ve tüm bu bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatim olduğunu kabul ve beyan ederim. Sigorta başvuru ve beyan formunda belirtmiş olduğum e-posta adresimin, GSM numaram ve/veya Mernis kayıtlarındaki adresimin sigortacılık işlemlerim ile ilgili bilgilendirmeler ve poliçe/sertifika gönderimi için kullanılmasını talep ve rica ederim.

Sigortalı TC Kimlik No	:	Eş TC Kimlik No	:
Sigortalı Adı Soyadı	:	Sigortalı Adı Soyadı	:
Sigortalı İmzası / Tarih	:	Sigortalı İmzası / Tarih	:

Çocuk 18+ TC Kimlik No	:	Çocuk 18+ TC Kimlik No	:
Sigortalı Adı Soyadı	:	Sigortalı Adı Soyadı	:
Sigortalı İmzası / Tarih	:	Sigortalı İmzası / Tarih	:

Çocuk 18+ TC Kimlik No	:	Çocuk 18+ TC Kimlik No	:
Sigortalı Adı Soyadı	:	Sigortalı Adı Soyadı	:
Sigortalı İmzası / Tarih	:	Sigortalı İmzası / Tarih	: