

Lütfen bu formu okunaklı bir şekilde doldurunuz.

Tarih ___/___/_____

POLİÇE BİLGİLERİ

Police No / Police Sıra No	Police Başlangıç Tarihi
Acente No / KRY No	Police Bitiş Tarihi

YENİ SİGORTA ETTİREN

Adı, Soyadı / Ünvanı	Vergi Dairesi No
Doğum Yeri / Tarihi	GSM No (0)
Uyruk	Telefon (0)
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No	E-posta _____@_____
Adresi Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/>	Yazışma Tercihi Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/>

KREDİ KARTI BİLGİLERİ

Kart Sahibinin Adı - Soyadı	
Kredi Kartı No / CVV	-----/---
Son Kullanım Tarihi	Kart Türü <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master
Banka Adı	

BANKA HESAP BİLGİLERİ

Hesap Sahibi	IBAN No
	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

SİGORTA ETTİREN BEYANI

* Sigorta Ettiren olarak yazılı talimat ile aksini Sigortacı'ya bildirmediğim takdirde, bu ve bundan sonraki sigorta sözleşme dönemlerinde Başvuru Formu ile bilgilerini vermiş olduğum tüm sigortalılar için, aynı sigorta planı dahilinde yeni bir teklifnameye gerek olmaksızın Sigortacı'nın yeniden poliçe tanzim edebileceğini, hesaplanacak primlerin yukarıda bilgilerini vermiş olduğum kredi kartından tahsil edilebileceğini ve tarafımdan Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'nin bu konuda işbu beyanla yetkilendirildiğini kabul ediyorum.

* numaralı poliçeyi tüm hak, menfaat ve yükümlülükleri ile, yukarıdaki bilgiler çerçevesinde, işbu yazının imzalandığı tarih itibarıyla devretmek/devralmak istiyoruz. Mevcut tahsilatın sigorta ettiren değişikliği sonrasında devreden Sigorta Ettiren'e iade edilemeyeceğini, iptal ve iade talebinin yeni Sigorta Ettiren tarafından kullanılabilirliğini kabul, beyan ve taahhüt ederiz.

* Yapılacak bu devir konusunda Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. çalışanlarıncı tarafımıza her türlü bilgilendirme yapılmış olup, olumlu ve olumsuz yönleri ile mevzuat gereğince üzerimize düşen yükümlülükler izah edilmiş ve poliçe ile ilgili özel ve genel şartlar yeni Sigorta Ettiren'e teslim edilmiştir.

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

* 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 ileticeğim, 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

Eski Sigorta Ettiren Unvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih	Yeni Sigorta Ettiren Unvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih
___/___/_____	___/___/_____

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. Irkı, etnik köken, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep veya diğer inançlar, kılık ve kıyafet, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayat, ceza mahkumiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verilerim ile biyometrik ve genetik 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 paylaşılabilirliğini 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 ederim. 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.

ÖNEMLİ NOT

- * Sigorta ettiren değişikliklerinde bilgilendirme formu alınmalı ve yeni sigorta ettiren tarafından imzalanmalıdır.
- * 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 Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.
- * Sigorta Sözleşmenizin kesintisiz devamı için, bilgisini vermiş olduğunuz kredi kartınızın mail-order'a (kart bilgisi ile çekim yapılmasını sağlayan sistem) açık olduğundan ve/veya kartın harcama limitinden bağımsız olan mail-order limitinin yeterli olduğundan emin olunuz.
- * Bilgisini verdiğiniz kredi kartınızın kullanım süresinin (son kullanma tarihi) ödemeleriniz devam ederken dolması halinde, kartınızın değişen son kullanma tarihini veya ödemelerinizin kesintisiz devamını sağlayacak yeni kart bilgilerinizi bu formu kullanarak tarafımıza iletebilirsiniz.
- * Sigorta ettiren değişikliği talebinde yeni sigorta ettiren şirket olması durumunda; İmza sirküleri, Faaliyet belgesi, Vergi levhası, Yetkili kimlik fotokopisi ve Ticaret sicil evraklarının alınması gerekmektedir.

Eski Sigorta Ettiren Unvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

Yeni Sigorta Ettiren Unvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

___/___/___

___/___/___