

Lütfen, Başvuru 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 Dairesi No
Doğum Yeri / Tarihi	GSM No (0)
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No	Telefon (0) E-posta
Adresi Ev İş	Yazışma Tercihi Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/>

SİGORTALI ADAYLARI

	1. Aday (Kendisi)	2. Aday (Eşi)	3. Aday (Çocuk)	4. Aday (Çocuk)	5. Aday (Çocuk)
Adı					
Soyadı					
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No					
Doğum Tarihi	__ / __ / ____	__ / __ / ____	__ / __ / ____	__ / __ / ____	__ / __ / ____
GSM No					
E-Posta					
Meslek					
Boy / Kilo	__ cm / __ kg	__ cm / __ kg	__ cm / __ kg	__ cm / __ kg	__ cm / __ kg
Doğum Haftası			__ 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	<input type="checkbox"/> Kredi Kartı	<input type="checkbox"/> Blokeli	<input type="checkbox"/> Blokesiz	<input type="checkbox"/> Banka Havalesi
------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---

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

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

Kredi Kartı Sahibi		Kart Türü	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master
Kredi Kartı No	_____ * * * * * _____	Banka Adı	

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

PRİM ÖDEME PLANI

<input type="checkbox"/> 2 Eşit Taksit	<input type="checkbox"/> 6 Eşit Taksit	<input type="checkbox"/> ____ Eşit Taksit	Taksit ödemeleri her ayın kaçında yapılacak? _____
<input type="checkbox"/> 4 Eşit Taksit	<input type="checkbox"/> 8 Eşit Taksit	<input type="checkbox"/> 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 bildirmedığım 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 Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş.'nin bu konuda işbu beyanla yetkilendirildiğini kabul ediyorum.
2. Bu bilgiler doğrultusunda 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.
3. 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.
4. Yukarıda hesaplanmış primin, Başvuru Formu ile bilgileri verilmiş tüm sigortalı adaylarının sigortalanacağı varsayımı ile seçilen ürüne paralel olarak hazırlanmış olduğunu, Başvuru Formu, Sağlık Beyan Formu, ekli belgeler, raporlar, şirket kayıtları ve diğer bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda prim ve poliçe şartlarının değişebileceğini biliyor ve kabul ediyorum. Başvuru Formu, Sağlık Beyan Formu, ekli belgeler, raporlar, şirket kayıtları ve diğer bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda belirtilen primin değişmesi durumunda, yukarıda hesaplanmış primin en fazla 50 TL'e kadar artması durumunda tarafımdan yeniden onay alınmadan hesaplanacak primlerin yukarıda bilgilerini vermiş olduğum kredi kartından tahsil edilebileceğini ve tarafımdan Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş.'nin bu konuda işbu beyanla yetkilendirildiğini kabul ediyorum.
5. Başvuru Formu'nun ilgili kısımlarında bildirilen e-posta adreslerinin ve diğer iletişim bilgilerinin şahsıma ve sigortalı adaylarına ait olduğunu ve Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş. tarafından sigorta sözleşmesi ön görüşmeleri ve sigorta sözleşmesi ile ilgili tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin teslimi için bu iletişim bilgilerinin kullanılabilirliğini 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.
6. 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.
7. Bu Başvuru Formu, yapılan bilgilendirmeye istinaden seçilen ürün doğrultusunda tarafımda doldurulmuştur.

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

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

Sözleşmenin kurulması sırasında veya Sigortacı'nın talep ettiği diğer durumlarda, sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak, Sağlık 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 SİGORTA ŞİRKETİ BİLGİLERİ

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 :

SAĞLIK BİLGİLERİ

"Aşağıda sorgulanan hastalık ya da durumlara vereceğiniz "Evet" yanıtları için, lütfen 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 Beyan Formuna ekleyiniz."

"Evet" yanıtı verdiğiniz sorulara ilişkin detayları aşağıda açıklayınız.

1	Kalp ve Damar Hastalıkları (Kalp yetmezliği, Tansiyon, Kolesterol, Kalp Kapak Hastalıkları, Varis, Venöz Yetmezlik vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	12	Endokrin (Hormonal) Hastalıklar (Tiroid, Hipofiz, Cushing vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
2	Diabet (Şeker Hastalığı)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	13	GIS Hastalıkları (Ağız, Yemek Borusu, Mide, Bağırsak vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
3	Kanser, Kist, Tümör	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	14	Karaciğer Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
4	Sinir Sistemi Hastalıkları (Multipl Skleroz, Felç vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	15	Genital Sistem Hastalıkları (Yumurtalık, Rahim, Prostat, Testis vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
5	Kan Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	16	Meme Hastalıkları (Kist, adenom, tümör vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
6	Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	17	Psikolojik ve Psikiyatrik Rahatsızlıklar	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
7	Sırt, Bel, Boyun Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	18	Diğer (Yukarıda belirtilen hastalıklar dışında her türlü hastalık ve kaza durumunu belirtiniz)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
8	Diz Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	19	Ameliyat oldunuz mu/Hastanede yattınız mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
9	Solunum Sistemi Hastalıkları (Akciğer, nefes borusu, gırtlak, vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	20	İlaç kullanıyor musunuz? (Lütfen belirtiniz.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
10	Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	21	Doktora Başvurulmamış olsa bile bilinen bir rahatsızlığınız / şikayetiniz / hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
11	Üriner Sistem Hastalıkları (Böbrek, mesane vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H			<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H

AÇIKLAMALAR

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

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

Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

__ / __ / ____

__ / __ / ____

SİGORTA ETTİREN BEYANI

1. Başvuru Formu ve Sağlık 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 birbirlerince 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 iletteğim, gerekse de ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı, 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 aktarılabilirliği veya diğer şekillerde işlenebileceği konularında bilgilendirildiğimi ve buna onay verdiğimi beyan ederim. 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, şirketiniz tarafından talep edilmesi halinde teklif, tazminat/provizyon talebimin değerlendirilmesi sürecinde e-nabız kayıtlarımı sigorta şirketine iletteceğimi 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 aktarılabilirliğini 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.
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. Bu Beyan Formu ve ekli belgelerinde verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim.
5. Şirketiniz tarafından, SMS, telefon, elektronik posta ve benzeri iletişim kanallarından iletilecek bilgilendirme ve pazarlama mesajlarının tarafıma gönderilmesini kabul ederim.
6. Sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak bu Beyan Formu'nda ve ekli belgelerde verilen bilgilerin tam ve doğru olduğunu kabul ve beyan ederim.

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

__ / __ / ____

Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

__ / __ / ____

“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. Hazine ve Maliye Bakanlığı, 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, şirketiniz tarafından talep edilmesi halinde teklif, tazminat/provizyon talebimin değerlendirilmesi sürecinde e-nabız kayıtlarımı sigorta şirketine ileteceğimi 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 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.

• Teklif/Başvuru Formu ve Sağlık 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 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	: