

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

SİGORTA ETTİREN

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

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 No					
Doğum Tarihi	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____
GSM No					
E-Posta					
Meslek					
Boy / Kilo	__ cm / __ kg	__ cm / __ kg	__ cm / __ kg	__ cm / __ kg	__ cm / __ kg

SAĞLIK BİLGİLERİ

Sigortalı Adı /Soyadı	Sağlık durumunda herhangi bir değişiklik söz konusu mu? İki tarih arasında sağlık harcaması söz konusu mu? Yanıt evet ise detay açıklama gerekmektedir.
1. Aday (Kendisi)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
2. Aday (Eşi)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
3. Aday (Çocuk)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
4. Aday (Çocuk)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
5. Aday (Çocuk)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

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

Lütfen söz konusu kart bilgilerinin hangi üründe kullanılacağını seçiniz :

Sağlık Doğum Ek Teminat

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

İş bu meriyet formuna temel teşkil eden Ferdi Sağlık Sigortası poliçemin aşağıda belirtilen şart ve koşullarda devam edeceğini kabul ve beyan ederim. Bu formda ya da başvuru konusu ile ilgili herhangi bir beyanımda veya tıbbi bir müdahaleyi gerektiren durumlarda verdiğim tüm cevapların doğru ve tam olduğunu, söz konusu tüm bu bilgilerin şirketçe kabul görmesi halinde aktin temelini oluşturacağını; cevapların eksik ve hatalı olması durumunda bunun tüm hukuki sonuçlarını kabul ettiğimi beyan ederim.

Formun doldurulduğu tarih ile HDI Sigorta A.Ş.'nin değerlendirme süreci ve kabulü söz konusu ise sigorta sözleşmesi veya poliçenin düzenlenmesi tarihi arasında geçen sürede oluşacak riskler ve/veya rahatsızlıklar için, HDI Sigorta Sigorta A.Ş.'nin tekrar değerlendirme ve poliçede değişiklik yapma veya tümünden reddetmek hakkının saklı olduğunu kabul ve beyan ederim. Sigortalanma şartlarının belirlenmesi veya değiştirilmesi amacı ile istenebilecek ek tetkikler için tarafıma tazminat ödemesi yapılmayacaktır. Sigorta Şirketi tarafından Sağlık Sigortası Özel Şartlarında yapılacak değişiklikleri işbu Meriyet formu ile şimdiden kabul ederim. Söz konusu kabul, yenilenen poliçelerim için de geçerli olacaktır. Ödenmemiş ilk vade tarihi ile Meriyet Formu'nun düzenlenmesinden önce var olan rahatsızlıklardan kaynaklanan tıbbi harcamaların, şirket tarafından aksi belirtilmediği sürece teminat dâhilinde olmayacağını kabul ediyorum.

Sigorta Ettiren Adı, Soyadı, İmza, Tarih	Satış Kanalı Unvan / 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 biliyorum 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, kaydedebileceği, muhafaza edilebileceği, açıklanabileceği, mevzuatın izin verdiği durumlarda üçüncü kişilere aktarılabilirliği 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 biliyorum 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 biliyorum 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 yaptırın Sigorta Ettiren / Sigorta Ettiren yetkilisine aktarılabilirliğini ve bunlarla paylaşılabilirliğini biliyorum 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 biliyorum ve kabul ediyorum.

• Teklif/Başvuru Formu ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri olan tüm bilgilerin bilgim dahilinde verildiğini ve bilgim 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	: