

## TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

Çerçeve ile gölgelendirilmiş alanlar Şirket / Acente tarafından doldurulacaktır.

|             |           |             |
|-------------|-----------|-------------|
| Acente kodu | Şube kodu | Eleman kodu |
|-------------|-----------|-------------|

### 1. Müşteri bilgileri

|   | Sigorta ettiren  | Sigortalı adayı  | Eş   | Çocuk  | Çocuk  | Çocuk  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Adı   |  |  |  |  |  |  |
| Soyadı  |  |  |  |  |  |  |
| Doğum tarihi  | __/__/__   | __/__/__   | __/__/__   | __/__/__   | __/__/__   | __/__/__   |
| Uyruğu  | <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer   | <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer   | <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer   | <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer   | <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer   | <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer   |
| T.C. Kimlik no  |  |  |  |  |  |  |
| Vergi Kimlik No/Vergi Dairesi<br>(T.C. vatandaşı değil ise)   |  |  |  |  |  |  |
| Yabancı Kimlik No<br>(T.C. vatandaşı değil ise)   |  |  |  |  |  |  |
| Boy/Kilo  |  | __cm / __kg  | __cm / __kg  | __cm / __kg  | __cm / __kg  | __cm / __kg  |
| Yakınlık derecesi   |  |  |  |  |  |  |
| Medeni durumu   |  | <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli   | <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli   | <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli   | <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli   | <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli   |
| Çocuk sayısı  |  |  |  |  |  |  |
| Meslek  |  |  |  |  |  |  |
| Öğrenim durumu  | <input type="checkbox"/> ilkokul<br><input type="checkbox"/> Ortaokul<br><input type="checkbox"/> Lise<br><input type="checkbox"/> Üniversite<br><input type="checkbox"/> Lisansüstü | <input type="checkbox"/> ilkokul<br><input type="checkbox"/> Ortaokul<br><input type="checkbox"/> Lise<br><input type="checkbox"/> Üniversite<br><input type="checkbox"/> Lisansüstü | <input type="checkbox"/> ilkokul<br><input type="checkbox"/> Ortaokul<br><input type="checkbox"/> Lise<br><input type="checkbox"/> Üniversite<br><input type="checkbox"/> Lisansüstü | <input type="checkbox"/> ilkokul<br><input type="checkbox"/> Ortaokul<br><input type="checkbox"/> Lise<br><input type="checkbox"/> Üniversite<br><input type="checkbox"/> Lisansüstü | <input type="checkbox"/> ilkokul<br><input type="checkbox"/> Ortaokul<br><input type="checkbox"/> Lise<br><input type="checkbox"/> Üniversite<br><input type="checkbox"/> Lisansüstü | <input type="checkbox"/> ilkokul<br><input type="checkbox"/> Ortaokul<br><input type="checkbox"/> Lise<br><input type="checkbox"/> Üniversite<br><input type="checkbox"/> Lisansüstü |
| Bağlı olduğu kurum ve sicil no.<br>(Bağlı olduğu kurum nedeniyle bağlantılı kurum indirimi olması halinde yazılması gerekmektedir.)   |  |  |  |  |  |  |
| Yazışma adresi <input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> İş  |  |  |  |  |  |  |
| E-posta   |  |  |  |  |  |  |
| Cep Telefon   |  |  |  |  |  |  |
| Telefon   |  |  |  |  |  |  |
| Herhangi bir hastalıktan dolayı ameliyat/ameliyatsız yatışlı tedavi/sakatlık/doktor takibi/sürekli ilaç kullanımı durumunuz söz konusu mu? Tedavisi devam eden hastalığınız var mı? |  | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır   | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır   | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır   | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır   | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır   |

# TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

Yukarıdaki soruya cevabınız "Evet" ise; sağlık beyanınıza yönelik aşağıdaki ilgili alanı lütfen doldurunuz.

|  | Sigortalı adayı | Eş | Çocuk | Çocuk | Çocuk |
|--|-----------------|----|-------|-------|-------|
| Ameliyat Adı/Ameliyatsız Yatışlı Tedavi Gördüğünüz Hastalık Adı / Sakatlık Adı                                   |                 |    |       |       |       |
| Ameliyat Tarihi  |                 |    |       |       |       |
| Ameliyatın Yapıldığı Kurum   |                 |    |       |       |       |
| Sürekli Kullanılan İlaç Adları Hastalıklarınızla ilgili yapılan tetkik, tedavi sonuçları ve sağlık kurumunun adı |                 |    |       |       |       |

**2. Sizin ve/veya aile bireylerinizin daha önce herhangi bir sigorta Şirketinden ve/veya Şirketimizden bireysel veya kurumsal sağlık sigortası poliçesi oldu mu?**  Evet  Hayır

| Sigortalı Adı ve soyadı | Sigorta Şirketi | Dönemi (yıl olarak) | Bireysel/Kurumsal |
|-------------------------|-----------------|---------------------|-------------------|
| 1.                      | 1.              |                     |                   |
|                         | 2.              |                     |                   |
|                         | 3.              |                     |                   |
| 2.                      | 1.              |                     |                   |
|                         | 2.              |                     |                   |
|                         | 3.              |                     |                   |
| 3.                      | 1.              |                     |                   |
|                         | 2.              |                     |                   |
|                         | 3.              |                     |                   |

### 3. Tercih edilen ürün bilgileri

Ürünün geçerli olacağı network  Network A  Network B  
İstenen Plan  Yatışlı Tedavi Planı  Yatışlı+Yatışsız Tedavi Planı  
İsteğe Bağlı olarak alınacak teminat  Doğum  Tüp Bebek  
Ödeme Tipi  Nakit  Otomatik Ödeme  Mail order  Sanal POS  
Ödeme Koşulu \_\_\_\_\_ Taksit

### 4. Kredi kartı ödeme bilgileri (Prim ödemesi kredi kartından yapılacak ise bu alan doldurunuz.)

Bu sigorta poliçesine ait ve poliçe üzerinde gösterilen ve bu talimatımın yürürlüğe gireceği \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ tarihi itibarıyla ödenmemiş prim peşinatı ve taksit tutarlarının aksine talimatıma kadar aşağıda bilgilerini verdiğim kredi kartı hesabımdan karşılanmasını, poliçemin, ancak ilk prim tutarının kredi kartı hesabımdan tahsil edilmesinden sonra geçerli olacağını kabul ve taahhüt ederim.

Ödeme tipi :  Tek çekim  Taksitli  
Kart tipi :  Visa  MasterCard Primlerinizin ayın kaçında tahsil edilmesini istersiniz? \_\_\_\_\_  
Kartı veren banka : \_\_\_\_\_  
Kart numarası\* : \_\_\_\_\_  
Son kullanma tarihi : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CW (Güvenlik kodu) \_\_\_\_\_

Bu sigorta poliçemin, aksini yazılı olarak belirtmediğim sürece izleyen dönemlerde otomatik olarak yenilenmesini ve prim borcumun yukarıda bilgilerini verdiğim kredi kartımdan tahsil edilmesini rica ederim.

- BİLGİLERİ YUKARIDA BELİRTİLEN KREDİ KARTINDAN HERHANGİ BİR PRİM TAKSİDİNİN TAHSİL EDİLEMESİ DURUMUNDA TALİMATINIZ İPTAL EDİLECEKTİR. ANADOLU SİGORTA, KREDİ KARTINDAN TAHSİLAT YAPAMADIĞI HALLERDE, SİGORTA ETTİRENE BU DURUMU İHBAR ETMEKLE YÜKÜMLÜ DEĞİLDİR. KREDİ KARTINIZDAN TAHSİLAT YAPILMADIĞI TAKDİRDE POLİÇE BORÇLARINIZI TEMERRÜDE DÜŞMEDEN ÖDEYİNİZ. AKSI DURUMDA POLİÇENİZE/POLİÇELERİNİZE YASAL İŞLEMLER UYGULANACAKTIR.
- KART BİLGİLERİNİZ DEĞİŞTİĞİ TAKDİRDE, "KREDİ KARTI İLE POLİÇE PRİMİ ÖDEME TALİMATI" NIZI YENİLEYİNİZ.
- FORMU TEŞLİM ALAN KİŞİ, KLAŞE ETMEDEN ÖNCE KART NUMARASININ İLK VE SON 4 HANESİ HARİÇ DİĞER 8 HANESİNİ VE GÜVENLİK KODU BÖLÜMÜNÜ OKUNMAYACAK ŞEKİLDE KARALAYACAKTIR.

# TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

## III. KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDAKİ BİLGİLENDİRME VE BEYANLAR

### 1. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Aydınlatma Metni

Anadolu Sigorta, veri sorumlusu sıfatıyla kişisel verilerin işlenmesi ve aktarımı süreçlerinde, verilerin hukuka aykırı olarak kullanılmasını önlemek, muhafazasını sağlamak ve mevzuat uyarınca uygun güvenlik düzeyini sağlamak için gerekli tüm tedbirleri almaktadır. Kişisel veriler, sigortacılıkta risk değerlendirmesi yapılması, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile sigorta işlemleri kapsamındaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve kişiye özel fırsatların geliştirilebilmesi için işlenmekte, Sigortacılık Kanunu ve diğer mevzuat hükümleri çerçevesinde yetkili acenteler, reasürörler, eksperler, asistans şirketleri, aktüerler, destek hizmet sağlayıcıları ve Kamu kurum ve kuruluşları ve sair ilgili kişi ve veya kurumlara aktarılabilmektedir.

Kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkumiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel veridir. Özel nitelikli kişisel verilerden sağlık ve cinsel hayata ilişkin olanlar ancak onay verilmesi durumunda işlenebilmektedir. Sigorta kapsamına girecek veya giren kişilerin, bu verilerin işlenmesine onay vermesi halinde, risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilebilecek ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtlar SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılabilir.

Kişisel veriler işleme amacı dışında kullanılmamakta ve rıza yahut ilgili mevzuatta öngörülen bir diğer sebep olmaksızın 3. kişilere aktarılmamakta ve/veya ifşa edilmemektedir. Sigortacılık Kanunu ve diğer mevzuat hükümleri çerçevesinde ilgili kişi ve veya kurumlar, Kamu kurum ve kuruluşları ve yargı mercileri ile paylaşılması zorunlu olan bilgiler son cümleden muafittir. Kişisel bilgi sahibinin, kişisel verilerin işlenmesi ile ilgili vermiş olduğu her türlü onaydan tamamen veya kısmen feragat etme hakkı bulunmaktadır. Bunun dışında ayrıca, kişisel verilerin işlenip işlenmediğini; işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme, hangi kişisel verilerin işlendiğini; işleme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını; yurtiçinde veya yurtdışında bilgilerin üçüncü kişilere aktarılıp aktarılmadığını ve aktarıldı ise bu üçüncü kişileri ya da kişi kategorilerini öğrenmek; kişisel verilerin eksik veya yanlış olması halinde bunların düzeltilmesini; değişmesi halinde güncellenmesini; işlemeyi gerektiren sebeplerin ortadan kalkması halinde kişisel verilerin silinmesi ya da yok edilmesini; düzeltme/silme/yok etme işlemlerinin, kişisel verilerin aktarıldığı 3. kişilere bildirilmesini talep etmek; işlenen kişisel verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhe bir sonucun ortaya çıkması durumunda buna itiraz etmek ve kişisel verilerin mevzuata aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğranılması halinde zararın giderilmesini talep etme hakkı, Sigortacı'nın mevzuattan ve işbu Form'dan doğan hakları saklı kalmak üzere bulunmaktadır. 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 saklıdır.

Konuyla ilgili detaylı bilgiye Anadolu Sigorta kurumsal web sitesinde yayımlanmış olan **Kişisel Verilerin Korunması ve İşlenmesi Politikasından** erişebilirsiniz.

### 2. Kişisel Verilerin İşlenmesine İlişkin Açık Rıza Beyanı

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü bilgi kişisel veri olarak tanımlanmaktadır. Anılan Kanun kapsamında kişisel verilerin işlenebilmesi için, bazı istisnai haller dışında, kişisel veri sahibinin açık rızası gerekmektedir.

Anadolu Sigorta, mevzuattan ve sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hukuki yükümlülüklerini yerine getirmek; kendisinin, sigortalı ile hak sahiplerinin haklarını kullanabilmelerini ve meşru menfaatlerini korumalarını teminen sigortalının/hak sahibinin kişisel verilerini elde etmek, değerlendirmek, iş ortakları ve hizmet aldığı 3. şahıslarla paylaşmak ve kanunların izin verdiği süre boyunca saklamak zorundadır. Kişisel veriler, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun amir hükümleri ile Anadolu Sigorta'nın kurumsal web sitesinde yer alan Kişisel Verilerin Korunması ve İşlenmesi Politikası'na uygun olarak sigortacılık faaliyetlerimizi yerine getirmek üzere işlenmektedir. Bu konuda tarafınıza Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 10. maddesi uyarınca bilgilendirmede ve aydınlatmada bulunulmuştur.

Kişisel veriler, sigorta sözleşmesiyle üstlenilen yükümlülüklerin yerine getirebilmesi için iş ortaklarımıza, sözleşmeli avukatlarımıza ya da hizmet alınan firmalara aktarabilmektedir. İş ortaklarımız, sözleşmeli avukatlarımız ve hizmet sağlayan firmalar, sözleşmesel yükümlülükleri çerçevesinde bu bilgileri gizli tutmak ve başka herhangi bir amaçla kullanmamakla yükümlüdür.

Sağlıkla ilgili kişisel veriler, sigorta sözleşmesinin gereklerinin yerine getirilebilmesi amacıyla poliçe yapılması aşamasında sigortalı adayının sağlık durumu konusunda uzman görüşü veren kişi ve kuruluşlarla paylaşılmaktadır. Tazminat başvurularında ise, yurt içinde ya da yurt dışında yapılacak sağlık işlemini inceleyerek onay veren provizyon hizmet kuruluşlarıyla, ortak sigorta yapılması halinde iş ortağı olan sigorta şirketleriyle, özürüllük ve çalışma gücü kaybı seviyelerini içeren raporları değerlendiren ya da belirleyen kuruluşlarla, sağlık konusunda asistans hizmeti veren kuruluşlarla, vefat ve maluliyet söz konusu ise aktüeryal hesaplama yapmak üzere aktüerlerle paylaşılmaktadır.

Anadolu Sigorta kişisel verilerin işlenmesi süreçlerinde, verilerin gerek güvenli bir şekilde saklanması gerek hukuka aykırı olarak kullanılmasını önlemek için mevzuat uyarınca uygun güvenlik düzeyini sağlayan tedbirleri almaktadır.

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu çerçevesinde, veri sahibinin kişisel verilerin işlenmesi ile ilgili olarak her zaman veri sorumlusu olan Anadolu Sigorta'dan bilgi alma, verilerin işleme amacına uygun olarak işlenip işlenmediğini öğrenme, eksik/yanlış işleme durumunda düzeltme talep etme, verileri güncelleme, verilerin tamamen ya da kısmen silinmesini talep etme ve vermiş olduğum onayı tamamen veya kısmen geri alma hakkı bulunmaktadır. Yukarıda belirtilen sebeplerle Anadolu Sigorta tarafından bahsi geçen kapsamda şahsıma ve bağımlılarıma ait kişisel verilerin nasıl işleneceği konusunda tamamen bilgilendirilmiş olarak, bu kapsamda:

- Güncel ve geçmiş sağlık verileri ile ilgili her türlü bilgi ve belge kamu veya özel tüm sağlık hizmeti sunucularından elde edilebilecek,
- Kişisel veriler ve bunlara ilişkin belgeler Anadolu Sigorta veri kayıt sistemlerine kaydedilebilecek ve bu sistemlerde sınıflandırılarak mevzuatın öngördüğü süre boyunca saklanabilecektir,
- Sigorta sözleşmesinin gereklerinin yerine getirileceği her aşamada, reasürans ve rücu işlemleri de dahil olmak üzere her işlemde kullanılabilecek,
- Risk kabul ve tazminat değerlendirmelerinin yapılması ile mevzuattan kaynaklanan yükümlülüklerin istinaden, fakat bunlarla sınırlı olmamak üzere, Anadolu Sigorta'nın altyapı sağlayıcıları, hizmet aldığı üçüncü kişiler, satış sonrası hizmetlerin gerçekleştirilmesi için anlaşmalı kurumlar, Anadolu Sigorta Acenteleri, Reasürans şirketleri, Anadolu Sigorta'nın da dahil olduğu Türkiye İş Bankası A.Ş. grubu iştirakleri, bankalar/finansman şirketleri, alacakların tahsil amacıyla tahsil edecek şirketleri, vekalet ilişkisi içerisinde olunan gerçek ve tüzel kişiler, iş ortakları ve Hazine Müsteşarlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Masak gibi her türlü düzenleyici ve denetleyici kamu kurum ve kuruluşları ile yargı mercilerine aktarılması mümkün olabilecektir.

# TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

## 3. İletişim/Veri İşleme Faaliyetlerine İlişkin Açık Rıza Beyanı

Tarafımıza ilettiğiniz kişisel verilerinizi, yalnızca toplandığı amaçla sınırlı ve ölçülü şekilde kullanmak şartıyla aşağıdaki metne onayınızı talep ediyoruz:

Her türlü ürün ve hizmetlere ilişkin profilinize en uygun ürün, teklif, uygulama, avantaj, çeşitli tanıtım, reklam, promosyon, satış ve pazarlamanın sunulması amacıyla, tarafınıza SMS/kısa mesaj, anlık bildirim, sosyal medya ve diğer online reklam ağları, otomatik arama, bilgisayar, telefon, e-posta/mail ve diğer elektronik iletişim araçları ile iletiler gönderilerek iletişime geçilmesi ve iş ortaklarımız aracılığıyla hizmet değerlendirme anketleri ve piyasa araştırmaları düzenlenmesi için paylaşmış olduğunuz ve ileride paylaşacağınız iletişim bilgileriniz esas olmak üzere gerekli kişisel verileriniz şirketimizce saklanacak, işlenerek kullanılacak, gerekirse ilgili iş ortaklarımızla paylaşılacaktır.

İstediğiniz her zaman ve hiçbir gerekçe göstermeksizin, gerek söz konusu mesajda, gerek elektronik iletilerimizde belirtilen işlemi (ret) yaparak veya online.anadolusigorta.com.tr adresindeki profil bilgileri bölümünden veya Sigortam Cepte Uygulaması üzerindeki müşteri bilgileri ekranından, ticari elektronik iletişim izninizi durdurabilirsiniz.

Beyanınıza dayanılarak düzenlenecek poliçenizdeki teminatların kapsamı, ihbar ve tazminat esasları hakkındaki ayrıntılı bilgiler, poliçenizle birlikte size verilecek olan ürün kitapçığı/genel şart/özel şart/klozlarda yer almaktadır. Dilerseniz bu bilgileri poliçenizi düzenlettirmeden önce de acentenizden veya Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi bölge müdürlüklerinden edinebilirsiniz.

Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi'ni, sigorta ettiren sıfatıyla, sigortalınamaları için bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların verdiği temsil yetkisine, açıklama ve taahhütlerine dayanarak, sigortalınamaları için bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların sağlık durumları ve özgeçmişleri ile ilgili her türlü bilgi ve kayıt kopyalarını sağlık kuruluşlarından, doktorlardan ve üçüncü şahıslardan almaya yetkili kıldığımı; bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların sağlık durumları ve özgeçmişleri ile ilgili her türlü bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarını, doktorları ve üçüncü şahısları sigortalınamacak kişilerin sağlık durumları hakkında bilgi vermeleri nedeniyle sorumlu tutmayacaklarını; ayrıca bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların sağlık bilgileri ile ilgili her türlü detayı Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi'nin Sigorta Bilgi Merkezi'ne ve süreç ile ilgili tüm 3. şahıslara aktarmasını kabul ettiğimizi beyan ve tasdik ederim. Sigortalınamaları için bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların gerçekte yetki vermemiş olmaları veya açıklama ve taahhütleri aksine davranmaları halinde, tüm sorumluluğun onlar adına sigorta ettiren sıfatıyla kendimde olduğunu kabul ettiğimi beyan ve tasdik ederim.

Başvuru sahibi olarak ayrıca, poliçe teminatının, benim veya sigortalınamacak aile bireylerinden herhangi birinin sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş oldukları veya varlığından haberdar oldukları rahatsızlıklardan ileri gelecek tetkik ve tedavi giderlerini kapsamadığını biliyor ve kabul ediyorum.

Sigorta tazminatlarının, satın aldığım sağlık paketinin kapsam ve teminatları dahilinde ödeneceğini kabul ederim.

Bu formu doldurmamın Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi tarafından sigortalınamdığım(ız) anlamına gelmediğini, başvuru formunun kabul edilip, poliçenin düzenlenmesi ve prim tutarının ödenmesinden sonra sigorta teminatının yürürlüğe gireceğini kabul, beyan ve tasdik ederim.

Aşağıda imzası bulunan başvuru sahibi olarak gerek benim, gerekse sigortalınamalarımı istediğim aile bireyleri hakkında bu soru formunda ve sağlık beyanında verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim. Bu soru formunda ve sağlık beyanında beyan olunan değerlerin/bilgilerin doğru, tam ve gerçeğe uygun olduğunu ve gerçeğe aykırı beyanda bulunduğum takdirde sigorta sözleşmesinde doğan tüm haklarımdan peşinen vazgeçtiğimi kabul ve beyan ederim.

Ayrıca bu soru formunda sağlık beyanı alanında kendim ve sigortalınamacak aile bireyleri için işaretlediğim soruların "Hayır" olarak işleme alınmasını kabul ediyorum.

**Sigortalınamacak kişiler (18 yaş ve üzeri çocukların imzası gereklidir.)**

| Adı ve Soyadı              | Sağlık Açık Rıza  | İletişim/Veri İşleme Açık Rıza  | Tarih           | İmza |
|----------------------------|---|---|-----------------|------|
| Sigortalı/Sigorta ettiren: | <input type="checkbox"/> Onay veriyorum<br><input type="checkbox"/> Onay vermiyorum | <input type="checkbox"/> Onay veriyorum<br><input type="checkbox"/> Onay vermiyorum | ___ / ___ / ___ |      |
| Eş:                        | <input type="checkbox"/> Onay veriyorum<br><input type="checkbox"/> Onay vermiyorum | <input type="checkbox"/> Onay veriyorum<br><input type="checkbox"/> Onay vermiyorum | ___ / ___ / ___ |      |
| 1. Çocuk:                  | <input type="checkbox"/> Onay veriyorum<br><input type="checkbox"/> Onay vermiyorum | <input type="checkbox"/> Onay veriyorum<br><input type="checkbox"/> Onay vermiyorum | ___ / ___ / ___ |      |
| 2. Çocuk:                  | <input type="checkbox"/> Onay veriyorum<br><input type="checkbox"/> Onay vermiyorum | <input type="checkbox"/> Onay veriyorum<br><input type="checkbox"/> Onay vermiyorum | ___ / ___ / ___ |      |
| 3. Çocuk:                  | <input type="checkbox"/> Onay veriyorum<br><input type="checkbox"/> Onay vermiyorum | <input type="checkbox"/> Onay veriyorum<br><input type="checkbox"/> Onay vermiyorum | ___ / ___ / ___ |      |
| 4. Çocuk:                  | <input type="checkbox"/> Onay veriyorum<br><input type="checkbox"/> Onay vermiyorum | <input type="checkbox"/> Onay veriyorum<br><input type="checkbox"/> Onay vermiyorum | ___ / ___ / ___ |      |