

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

Çerçeve ile gölgelendirilmiş alanlar Şirket / Acente tarafından doldurulacaktır.

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

I. BÖLÜM (MÜŞTERİ BİLGİLERİ)

1. Sigortalı bilgileri

Sigortalanacak kişinin bilgileri

Adı Soyadı	Doğum tarihi	
Uyruğu	TC kimlik no	
Yabancı kimlik no/Vergi kimlik no (TC vatandaşı değil ise)	KKTC kimlik no (Kıbrıs vatandaşları için)	
Cinsiyeti <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	Baba adı	Boy/kilo cm/ kg
Medeni hal <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar	Varsa çocuk sayısı	
Meslek	Öğrenim durumu <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü	
Bağlı olduğu kurum	*Bağlı olduğu kurum sicil no	

(*) Bağlı olduğu kurum nedeniyle bağlantılı kurum indirimi olması halinde yazılması gerekmektedir.

Sigortalanacak kişinin adres bilgileri

Yazışma adresinizi belirtiniz. Ev İş

Serbest adres (Sadece, aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır.)

Köy/Mahalle	Cadde	Sokak			
Bina no	Daire no	Kat	Semt	İlçe	İl
Posta kodu	E-posta				
Ev telefonu	İş telefonu	Cep telefonu	Faks		

Sigorta ettirenin bilgileri (Sigorta ettiren sigortalanacak kişiden farklı ise bu alanın doldurulması gerekmektedir.)

Adı Soyadı/Unvanı	Doğum tarihi
Uyruğu	TC kimlik no
Yabancı kimlik no/Vergi kimlik no (TC vatandaşı değil ise)	KKTC kimlik no (Kıbrıs vatandaşları için)

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

2. Sigorta kapsamına alınacak bağımlıların (eşi ve çocuklar) bilgileri (bu alana sadece sigortalanacak aile bireylerinin bilgileri yazılmalıdır. Eşi ve/veya çocukların sigortalanmaması halinde aşağıda belirtilmemelidir.)

Adı ve soyadı	TC kimlik no/ Yabancı kimlik no	Cinsiyeti	Doğum tarihi	Mesleği	Uyruğu	Boy/kilo
Eş		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	___/___/___			cm/ kg
1.Çocuk		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	___/___/___			cm/ kg
2.Çocuk		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	___/___/___			cm/ kg
3.Çocuk		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	___/___/___			cm/ kg
4.Çocuk		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	___/___/___			cm/ kg

(1) Sigortalı adayının; eşi, kızları, oğulları, üvey kızı, üvey oğlu, evlatlığı (Aile poliçesine 30 yaşından küçük, evlenmemiş çocuklar dahil edilir.)

3. Banka hesap bilgileri (Şirketimize göndereceğiniz sağlık giderlerinize ait fatura tutarlarının ödenmesini istediğiniz banka hesap numarasını belirtiniz.)

Aile bireyleri için hesap numarası var ise ayrıca bildirilmesi gerekmektedir.

Hesap sahibi	Banka adı	Şube adı/kodu	IBAN*	Hesap no

* 26 haneli IBAN (Uluslararası Banka Hesap Numarası) yazılacaktır.

4. Tercih edilen paket (Lütfen tercihinizi belirtiniz.)

Paket	Seçim	Seçilen network	(*)CHECK-UP isteniyor mu?	CHECK-UP alan sigortalı Adı ve Soyadı
PAKET 1		<input type="checkbox"/> Standart network <input type="checkbox"/> (**)Eko network <input type="checkbox"/> (***)Geniş network	<input type="checkbox"/> Evet	1. 2. 3. 4.
SAĞLIKTA FIRSAT		<input type="checkbox"/> Standart network <input type="checkbox"/> (**)Eko network <input type="checkbox"/> (***)Geniş network	<input type="checkbox"/> Evet	1. 2. 3. 4.
SAĞLIKTA MAKSİ FIRSAT		<input type="checkbox"/> Standart network <input type="checkbox"/> (**)Eko network <input type="checkbox"/> (***)Geniş network	<input type="checkbox"/> Evet	1. 2. 3. 4.
PAKET 2		<input type="checkbox"/> Standart network	<input type="checkbox"/> (**)Eko network	<input type="checkbox"/> (***)Geniş network
PAKET 3		<input type="checkbox"/> Standart network	<input type="checkbox"/> (**)Eko network	<input type="checkbox"/> (***)Geniş network
PAKET 4		<input type="checkbox"/> Standart network	<input type="checkbox"/> (**)Eko network	<input type="checkbox"/> (***)Geniş network
PAKET 5		<input type="checkbox"/> Standart network	<input type="checkbox"/> (**)Eko network	<input type="checkbox"/> (***)Geniş network

(*) Paket 1, Sağlıkta Fırsat ve Sağlıkta Maksi Fırsat'ta check-up teminatı bulunmamakta olup isteğe bağlı olarak ek prim ile alınabilecektir.

(**) Ekonomik ürünlerden birini satın alan sigortalılar, daha az prim ödeyerek, sadece Şirketimizin daha uygun fiyatlar üzerinden anlaşma yaptığı sağlık kuruluşlarında tedavi olmayı ve yurt dışındaki sağlık giderlerinin karşılanmayacağını kabul etmişlerdir. Anlaşmalı sağlık kuruluşlarımız hakkında www.anadolusigorta.com.tr adresinden veya Şirketimiz aranarak bilgi alınabilecektir. Ekonomik ürünler ve eko network uygulamaları hakkında detaylı bilgiye, Şirketimiz web sayfasında yer alan bireysel sağlık sigortası özel şartlarından ulaşılabilecektir.

(***) Geniş network, Amerikan Hastanesi Dahil Network'tür.

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

5. Sizin ve/veya aile bireylerinin daha önce herhangi bir sigorta Şirketinden 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.		

II. BÖLÜM (SAĞLIK BEYANI)

Sayın başvuru sahibi,

Sunduğumuz sağlık sigortası hizmetinden yararlanabilmeniz için sağlık beyanındaki soruları dikkatlice okuyup sizin ve sigortalanmasını istediğiniz aile bireylerinizin sağlık durumları ile ilgili aşağıdaki soruları açık, eksiksiz ve doğru olarak özenle cevaplamamız gerekmektedir. Sağlık beyanında yer alan rahatsızlıklar ile ilgili mümkün olduğunca detaylı bilgi vererek eğer var ise, şikayetinizin kesin teşhisi ve teşhis tarihini, uygulanan tedavi ve kullandığımız ilaçların adlarını, hastanede yatarak tedavi ve ameliyat ile ilgili epikriz raporu ve/veya tedavinin yeri ve doktorunuzun adını belirtmeniz gerekmektedir.

Tarafınızca bilinen rahatsızlıklarınız ile ilgili sağlık beyanında hiç bilgi vermemeniz veya eksik bilgi vermeniz, Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ve poliçe özel şartlarına aykırı düşecektir.

1. Aşağıda belirtilen rahatsızlıklara siz ve/veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi biri maruz kaldı mı? Evet Hayır

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kan hastalıkları | <input type="checkbox"/> Basur/Hemoroid | <input type="checkbox"/> Kasık ve Göbek Fıtığı |
| <input type="checkbox"/> Geçirilmiş travma ve kaza | <input type="checkbox"/> Safra kesesi hastalıkları | <input type="checkbox"/> Omurga Fıtıkları (Bel, Sırt, Bel Fıtığı gibi) ve Omur Disk Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> Kalp ve damar hastalığı | <input type="checkbox"/> Meme hastalığı | <input type="checkbox"/> Bağırsak Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> Yüksek tansiyon | <input type="checkbox"/> Kadın hastalığı | <input type="checkbox"/> İdrar kaçırma |
| <input type="checkbox"/> Şeker | <input type="checkbox"/> Sakatlık | <input type="checkbox"/> İşitme kaybı |
| <input type="checkbox"/> Kanser | <input type="checkbox"/> Diz Hastalıkları | <input type="checkbox"/> Sinüzit |
| <input type="checkbox"/> Romatizmal hastalıklar | <input type="checkbox"/> Omuz Hastalıkları | <input type="checkbox"/> Psikiyatrik Hastalık |
| <input type="checkbox"/> Akciğer Hastalıkları | <input type="checkbox"/> Septum Deviasyonu | <input type="checkbox"/> Karaciğer hastalığı |
| <input type="checkbox"/> Kalıtsal/Doğuştan gelen hastalıklar | <input type="checkbox"/> Konka Hipertrofisi | <input type="checkbox"/> Böbrek hastalığı |
| <input type="checkbox"/> Verem/Tüberküloz | <input type="checkbox"/> Yumurtalık kisti | |
| <input type="checkbox"/> Astım | <input type="checkbox"/> Miyom | |
| <input type="checkbox"/> Guatr/Troid hastalıkları | <input type="checkbox"/> Böbrek taşı | |
| | <input type="checkbox"/> Kansızlık | |
| <input type="checkbox"/> Yemek Borusu ve Mide Hastalıkları (Reflü, Gastrit, Ülser gibi) | <input type="checkbox"/> Migren | |
| | <input type="checkbox"/> Beyin damar hastalıkları | |

Diğer (varsa lütfen belirtiniz.) _____

Yukarıda belirttiğiniz rahatsızlıklara ilişkin bilgileri ayrıntılarıyla aşağıda açıklayınız.

Adı ve soyadı	Hastalık	Yapılan tetkik ve tedavi türü ilaç kullanımı varsa kullanılan ilaç ismi ve kullanılan doz	İlk teşhis tarihi	Sağlık kuruluşunun adı	Kronik mi?	Şikayet devam ediyor mu?
			___/___/___		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
			___/___/___		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
			___/___/___		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H

BİREYSEL 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 işlenmektedir. 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 saklanabilecek,
- 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.

BİREYSEL 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 <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum	___ / ___ / ___	
Eş:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum	___ / ___ / ___	
1. Çocuk:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum	___ / ___ / ___	
2. Çocuk:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum	___ / ___ / ___	
3. Çocuk:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum	___ / ___ / ___	
4. Çocuk:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum	___ / ___ / ___	