



Meclisi Mebusan Cad. No:15 Salıpazarı 34433 İstanbul Türkiye Tel: 0 212 334 24 24

www.axasigorta.com.tr iletisim@axasigorta.com.tr

Ticaret Sicil No: 98645 Büyük Mükellefler Vergi Dairesi No: 6490039946 Mersis No: 0649003994600011

AXA Sigorta A.Ş.

Sağlık Sigortasına İlişkin Açık Rıza Metni

AXA Sigorta A.Ş. ("**AXA Sigorta**" veya "**Şirket**" olarak anılacaktır) tarafından, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun "Veri Sorumlusunun Aydınlatma Yükümlülüğü" başlıklı 10. maddesi ile Aydınlatma Yükümlülüğünün Yerine Getirilmesinde Uyulacak Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ ("Tebliğ") uyarınca "AXA Sigorta A.Ş. Sağlık Sigortasına İlişkin Aydınlatma Metni" tarafımla paylaşılmıştır.

Bu kapsamda, Şirket tarafından işlenen özel nitelikli kişisel verilerimin; (sağlık beyan sorularına verilen yanıtlar, geçirilmiş veya halen devam hastalıklara ilişkin tıbbi detaylar, sağlık kurumları kayıtları ile bunlara ilişkin uzman görüşleri ve fiyatlama aşamasında gerekli olması durumunda dernek, vakıf üyelik bilgilerinin);

- Sağlık sigortası kapsamındaki ürün ve hizmetlerin sunulması, bunlara ilişkin risk değerlendirme, prim ve teminatları belirleme, yenileme, reasürans işlemlerinin yerine getirilmesi, yürütülmesi, geliştirilmesi, operasyonel süreçlerinin yürütülmesi, iç sistemlere, risk izleme ve bilgilendirme yükümlülüklerine uyulması, provizyon verme, hasar ödeme ve asistans faaliyetlerinin yerine getirilmesi, müşterinin tanınması, kimlik tespit ve teyit işlemlerinin yapılabilmesi amaçlarıyla işlenmesini ve bunların Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK), Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBM) başta olmak üzere yetkili kamu kurum ve kuruluşları, iştirakler ve bağlı ortaklıklar, reasürörler, asistans şirketleri ve aktüerler ile, sözleşmenin ifasını gerektiriyorsa diğer destek hizmet sağlayıcılarına, aktarılmasını;

kabul ediyorum.

kabul etmiyorum.

- Belirtilen sağlık verilerimin sağlık sigortası poliçesi kapsamındaki işlemlerin yerine getirilmesi amacıyla ilgili acente/broker ile paylaşılmasını;

kabul ediyorum.

kabul etmiyorum.

Sigortalı Adı-Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Tarih:

İmza:

KONTROLLÜ KOPYADIR....

Form No: 27.03.03.F.036

Rev No: 2

Yürürlük Tarihi : 10.2.2022