

ANADOLU RİSKLİ HASTALIKLAR 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
------------	--------------

TC kimlik no	Yabancı kimlik no/Vergi kimlik no (TC vatandaşı değil ise)
--------------	--

Uyruğu	Medeni hal
--------	------------

Cinsiyeti	Baba adı	Boy/kilo
-----------	----------	----------

Meslek	Öğrenim durumu
--------	----------------

Bağlı olduğu kurum

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
-------------	-------------	--------------	------

	@
--	---

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

ANADOLU RİSKLİ HASTALIKLAR SİGORTASI SORU FORMU

2. Banka hesap bilgileri (Tazminat ödemesinin yapılmasını istediğiniz banka hesap numarasını belirtiniz.)

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

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

3. Tercih edilen plan (Lütfen tercihinizi belirtiniz.)

- Plan 1 25.000 TL Plan 3 100.000 TL Plan 5 300.000 TL
 Plan 2 50.000 TL Plan 4 200.000 TL

4. Daha önce herhangi bir sigorta şirketinden bireysel veya kurumsal sağlık sigortası poliçeniz oldu mu?

- Evet Hayır

Sigortalı Adı ve soyadı	Sigorta Şirketi	Dönemi (yıl olarak)	Bireysel/Kurumsal

II. BÖLÜM (SAĞLIK BEYANI)

Sayın başvuru sahibi,
Sunduğumuz Anadolu Riskli Hastalıklar sigortası hizmetinden yararlanabilmeniz için sağlık beyanındaki soruları dikkatlice okuyup aşağıdaki soruları açık, eksiksiz ve doğru olarak özenle cevaplamanız 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 rahatsızlıklardan herhangi birine maruz kaldınız mı? Evet Hayır

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kan hastalıkları | <input type="checkbox"/> Amiyotrofik Lateral Skleroz (ALS) | <input type="checkbox"/> Bağırsak Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> Geçirilmiş travma ve kaza | <input type="checkbox"/> Meme hastalığı | <input type="checkbox"/> İnme ve Felç |
| <input type="checkbox"/> Kalp ve damar hastalığı | <input type="checkbox"/> Kadın hastalığı | <input type="checkbox"/> İşitme kaybı |
| <input type="checkbox"/> Yüksek tansiyon | <input type="checkbox"/> Sakatlık | <input type="checkbox"/> Kalp Kapakçığı Değişim Ameliyatı |
| <input type="checkbox"/> Şeker | <input type="checkbox"/> Diz Hastalıkları | <input type="checkbox"/> Psikiyatrik Hastalık |
| <input type="checkbox"/> Kanser | <input type="checkbox"/> Omuz Hastalıkları | <input type="checkbox"/> Karaciğer hastalığı |
| <input type="checkbox"/> Romatizmal hastalıklar | <input type="checkbox"/> Aort Ameliyatı | <input type="checkbox"/> Böbrek hastalığı |
| <input type="checkbox"/> Akciğer Hastalıkları | <input type="checkbox"/> Aplastik Anemi | <input type="checkbox"/> Kalp Krizi (Miyokard Enfarktüsü) |
| <input type="checkbox"/> Kalıtsal/Doğuştan gelen hastalıklar | <input type="checkbox"/> Beyin Anevrizması Ameliyatı | <input type="checkbox"/> Kol ve/veya Bacak Kaybı |
| <input type="checkbox"/> Verem/Tüberküloz | <input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği (Son Dönem) | <input type="checkbox"/> Koma |
| <input type="checkbox"/> Astım | <input type="checkbox"/> Büyük Yanıklar | <input type="checkbox"/> Koroner Arter By-pass Ameliyatı |
| <input type="checkbox"/> Guatr/Troid hastalıkları | <input type="checkbox"/> Kansızlık | <input type="checkbox"/> Majör Organ Nakli |
| <input type="checkbox"/> Yemek Borusu ve Mide Hastalıkları
(Reflü, Gastrit, Ülser gibi) | <input type="checkbox"/> Beyin damar hastalıkları | <input type="checkbox"/> Multiple Skleroz (MS) hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> Körlük | <input type="checkbox"/> Omurga Fıtıkları (Bel, Sırt, Bel Fıtığı gibi) ve
Omur Disk 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	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

ANADOLU RİSKLİ HASTALIKLAR SİGORTASI SORU FORMU

2. Herhangi bir ameliyat oldunuz mu ve/veya ameliyatsız yatışlı tedavi gördünüz mü? (Tedavi gördüyseniz lütfen hasta çıkış epikrizini ve/veya ameliyat raporu ve tetkik sonuçlarınızı soru formuna ekleyip gönderiniz.)

Evet Hayır

Adı ve soyadı	Ameliyatın adı	Ameliyatsız yatışlı tedavinin adı	Hastane ve doktor adı	Tarih
				___/___/___
				___/___/___

3. Şimdiye kadar,teşhis konulmamış olsa da herhangi bir sağlık şikayetiniz oldu mu ve/veya bu şikayetiniz ile ilgili herhangi bir muayene, tetkik (Kan ve idrar tahlili, EKG, röntgen, MR, tomografi, ultrasonografi, sintigrafi, mamografi, biopsi, anjiyografi, gastroskopi, kolonoskopi, rektoskopi, bronkoskopi, sistoskopi, vb.) yapıldı mı? Fizik tedavi uygulandı mı veya ilaç kullanıldı mı? (Tetkik yapıldı ise, tetkik sonuçlarını soru formuyla birlikte gönderiniz.) Evet Hayır

Adı ve soyadı	Hastalık/yakınma	Yapılan tetkik ve/veya kullanılan ilaçlar, uygulanan fizik tedavisi	Teşhis konulmuşsa hastalığın adı/teşhis yeri ve tanısı

4. Sigorta kapsamına alınacak erkekler askerliklerini tamamladılar mı? Evet Hayır

Adı ve soyadı	Tamamlamama nedeni

5. Profesyonel veya amatör lisanslı olarak faaliyette bulunduğunuz spor dalı var mı? Evet Hayır

Adı ve soyadı	Spor dalı

6. Ödeme Şekli/türü

Ödeme Tipi Nakit Otomatik Ödeme Mail order Sanal POS
Ödeme Koşulu _____ Taksit

UYARI: Kredi kartı veya hesaben ödeme, ancak poliçe numarasını taşıyan Kredi Kartı veya Otomatik Ödeme Talimatı Formu doldurulması halinde geçerlidir.

ANADOLU RİSKLİ HASTALIKLAR 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, poliçe teklifinin oluşturulması, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile bu kapsamdaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve kişiye özel fırsatların geliştirilebilmesi için işlenmekte; aynı amaçlarla Sigortacılık Kanunu ve diğer mevzuat hükümleri çerçevesinde yetkili acenteler, reasürörler, eksperler, asistans şirketleri, aktörler, destek hizmet sağlayıcıları ve Kamu kurum ve kuruluşlarına aktarılabilir.

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 işlenebilir. Sigorta kapsamına girecek veya giren kişilerin, bu verilerin işlenmesine onay vermesi halinde, risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla işlenmekte ve aynı amaçlarla 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.

Söz konusu kişisel veriler, elektronik ortamda otomatik yollar ile sözlü/yazılı şekilde otomatik olmayan yollar vasıtasıyla toplanmaktadır. Bu kişisel veriler işlemin niteliğine göre, Kanunun 5. maddesi kapsamında, "kanunlarda açıkça öngörülmesi", "sigorta sözleşmesinin kurulmasıyla ve ifasıyla doğrudan doğruya ilgili olması sebebiyle gerekli olması", "veri sorumlusunun hukuki yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için zorunlu olması", "ilgili kişinin temel hak ve özgürlüklerine zarar vermemek kaydıyla, veri sorumlusunun meşru menfaatleri için veri işlenmesinin zorunlu olması" ve istisnai hallerde "ilgili kişinin açık rızasının olması" hukuki sebeplerine dayalı olarak işlenmektedir. Özel nitelikli kişisel veriler ise Kanunun 6. maddesi kapsamında, "ilgili kişinin açık rızasının olması" ve "kanunlarda açıkça öngörülmesi" hukuki sebeplerine dayalı olarak işlenmektedir.

Kişisel veriler işleme amacı dışında kullanılmamakta ve açık rıza yahut ilgili mevzuatta öngörülen bir diğer sebep olmaksızın 3. kişilere aktarılmamakta ve/veya ifşa edilmemektedir. İlgili kişinin, 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 bulunmaktadır.

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 ilgili kişinin açık rızası veya Kanun'un 5. ve 6. maddelerinde yer alan diğer işleme şartlarından herhangi birinin mevcut olması 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 aktarılabilir. İş ortaklarımız, sözleşmeli avukatlarımız ve hizmet sağlayan firmalar, sözleşmesel yükümlülükleri çerçevesinde bu bilgileri gizli tutmak ve başka herhangi amaçla kullanmamakla yükümlüdür.

Sağlıkla ilgili kişisel veriler, 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, özür lülük 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 verileri yalnızca işleme amacıyla bağlantılı, sınırlı ve ölçülü olarak işlemektedir. Bununla birlikte, 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, kişisel verilerimin 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 hakkımın olduğunu bildiğimi kabul ve beyan ederim.

Yukarıda belirtilen sebeplerle Anadolu Sigorta tarafından bahsi geçen kapsamda şahsıma ait kişisel verilerin nasıl işleneceği konusunda tamamen bilgilendirilmiş olarak :

- Güncel ve geçmiş sağlık verilerim ile ilgili her türlü bilgi ve belgenin kamu veya özel tüm sağlık hizmeti sunucularından elde edilmesine,
- Kişisel verilerim ve bunlara ilişkin belgelerin Anadolu Sigorta veri kayıt sistemlerine kaydedilmesine ve bu sistemlerde sınıflandırılarak mevzuatın öngördüğü süre boyunca saklanmasına,
- Sigorta sözleşmesinin gereklerinin yerine getirileceği her aşamada, reasürans ve rücu işlemleri de dahil olmak üzere her işlemde kullanılmasına,
- Risk kabul ve tazminat değerlendirmelerinin yapılması ile mevzuattan kaynaklanan yükümlülükler istinaden, Anadolu Sigorta'nın altyapı sağlayıcıları, poliçeden kaynaklanan hizmetlerin sunulması kapsamında hizmet aldığı üçüncü kişiler, satış sonrası hizmetlerin gerçekleştirilmesi için anlaşmalı kurumlar, ilgili Anadolu Sigorta Araçları, Reasürans şirketleri, vekalet ilişkisi içerisinde olduğumuz gerçek ve tüzel kişiler, müşterek sigorta olması halinde ilgili sigorta şirketi, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, yasal yükümlülükler uygun olarak yetkili adli ve idari merciler ile paylaşılmasına, özgür irademle onay veriyorum.

ANADOLU RİSKLİ HASTALIKLAR SİGORTASI SORU FORMU

3. İletişim/Veri İşleme Faaliyetlerine İlişkin Açık Rıza Beyanı

"Taraflarımıza 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 iletişim bilgileriniz 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 izniniz 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, sigortalı olarak bu formda bilgilerinizi doldurduğum şahsın verdiği temsil yetkisine, açıklama ve taahhütlerine dayanarak, sigortalı olarak bu formda bilgilerinizi doldurduğum şahsın sağlık durumu ve özgeçmişini ile ilgili her türlü bilgi ve kayıt kopyalarını sağlık kuruluşlarından, doktorlardan ve üçüncü şahıslardan almaya yetkili kıldığımı; bu formda bilgilerinizi doldurduğum şahsın sağlık durumları ve özgeçmişleri ile ilgili her türlü bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarını, doktorları ve üçüncü şahısları sigortalı olarak bu formda bilgilerinizi doldurduğum şahsın 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. Sigortalı olarak bu formda bilgilerinizi doldurduğum şahsın gerçekte yetki vermemiş olması veya açıklama ve taahhütleri aksine davranması halinde, tüm sorumluluğun onun adına sigorta ettiren sıfatıyla kendimde olduğunu kabul ettiğimi beyan ve tasdik ederim.

Başvuru sahibi olarak ayrıca, poliçe teminatının, sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş olduğum veya varlığından haberdar olduğum 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 sigortalı olduğum 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 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 işaretlediğim soruların "Hayır" olarak işleme alınmasını kabul ediyorum.

Adı ve Soyadı	Sağlık Açık Rıza	İletişim/Veri İşleme Açık Rıza	Tarih	İmza
Sigortalı	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum	___ / ___ / ___	
	<input type="checkbox"/> Onay vermiyorum	<input type="checkbox"/> Onay vermiyorum		

Acente	Düzenleyen	Kontrol eden
Tarih - Saat	Adı Soyadı	Adı Soyadı
İmza / Kaşe	Tarih - Saat	Tarih - Saat
	İmza / Kaşe	İmza / Kaşe