

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

Çerçeve ile gölgelendirilmiş alanlar Şirket / Acente tarafından doldurulacaktır./The fields shaded with borders shall be filled by The Company/Agency.

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

I. BÖLÜM (MÜŞTERİ BİLGİLERİ)/SECTION 1 (CUSTOMER INFORMATION)

1. Sigortalı bilgileri/Customer Information

Sigortalanacak kişinin bilgileri/Information of the person to be insured

Adı Soyadı/Name Surname	Doğum tarihi/Date of birth
-------------------------	----------------------------

Uyruğu/Nationality	TC kimlik no/T.R. identity no
--------------------	-------------------------------

Yabancı kimlik no/Vergi kimlik no (TC vatandaşı değil ise)/Foreign identity no./Taxpayer Identification no. (If not a citizen of Turkish Republic)	KKTC kimlik no (Kıbrıs vatandaşları için)/TRNC ID number (For Cypriot citizens)
--	---

Cinsiyeti/Gender	Baba adı/Father's Name	Boy/kilo/Height/weight
------------------	------------------------	------------------------

Medeni hal/Marital Status	Varsa çocuk sayısı/Number of Children
---------------------------	---------------------------------------

Meslek/Profession	Öğrenim durumu/Education
-------------------	--------------------------

Bağlı olduğu kurum/Affiliation	*Bağlı olduğu kurum sicil no/Institution registration no
--------------------------------	--

(* Bağılı olduğu kurum nedeniyle bağlantılı kurum indirimi olması halinde yazılması gerekmektedir./It should be written if there is a related institution discount due to the institution to which it is affiliated.

Sigortalanacak kişinin adres bilgileri/Address of the person to be insured

Yazışma adresinizi belirtiniz./Please specify preferred correspondence address. Ev/Home İş/Work

Serbest adres (Sadece, aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır./Free text address (add information if only above sections are inapplicable to your address

Köy/Mahalle/Village	Cadde/Street	Sokak/Street
---------------------	--------------	--------------

Bina no/ Building no.	Daire no/ Flat no.	Kat/ Floor	Semt/ District	İlçe/ Town	İl/ City
--------------------------	-----------------------	---------------	-------------------	---------------	-------------

Posta kodu/Postal code	E-posta/E-mail
------------------------	----------------

İş Telefonu/Phone	Cep telefonu/Mobile phone	Faks/Fax
-------------------	---------------------------	----------

Sigorta ettirenin bilgileri (Sigorta ettiren sigortalanacak kişiden farklı ise bu alanın doldurulması gerekmektedir./Information of the insured (If the insured is different from the person to be insured, this field must be filled.)

Adı Soyadı/Unvanı/ Name Surname/Title	Doğum tarihi/ Date of birth
--	--------------------------------

Uyruğu/Nationality	TC kimlik no/T.R. identity no
--------------------	-------------------------------

Yabancı kimlik no/Vergi kimlik no (TC vatandaşı değil ise)/Foreign identity no./Taxpayer Identification no. (If not a citizen of Turkish Republic)	KKTC kimlik no (Kıbrıs vatandaşları için)/TRNC ID number (For Cypriot citizens)
--	---

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

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.)/Information of the affinities (spouse and children) to be covered by insurance (only the family members to be insured should be entered in this field. If the spouse and / or children are not insured, it should not be mentioned below.)

Adı ve soyadı/ Name and Surname	TC kimlik no/ Yabancı kimlik no/Vergi Kimlik No/T.R. identity no./ Foreign identity no./ Taxpayer Identification Number	Cinsiyeti/ Gender	Doğum tarihi/ Date of Birth	Meslek/ Profession	Uyruğu/ Nationality	Boy/kilo/ Height/ weight
Eş/Spouse:		<input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> K/F	__ / __ / ____			cm/ kg
Çocuk/Child		<input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> K/F	__ / __ / ____			cm/ kg
Çocuk/Child		<input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> K/F	__ / __ / ____			cm/ kg
Çocuk/Child		<input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> K/F	__ / __ / ____			cm/ kg
Çocuk/Child		<input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> K/F	__ / __ / ____			cm/ kg

(1) Sigortalı adayının; eşi, kızları, oğulları, üvey kızı, üvey oğlu, evlatlığı (Aile poliçesine 30 yaşından küçük, evlenmemiş çocuklar dahil edilir.)/Information of the affinities (spouse and children) to be covered by insurance (only the family members to be insured should be entered in this field. If the spouse and/or children are not insured, it should not be mentioned below.)

3. Banka hesap bilgileri (Şirketimize göndereceğiniz sağlık giderlerinize ait fatura tutarlarının ödenmesini istediğiniz banka hesap numarasını belirtiniz.)/Bank account details (Please specify the bank account details regarding the payment of medical expense invoices you will submit to our company.) Aile bireyleri için hesap numarası var ise ayrıca bildirilmesi gerekmektedir./If there is an account number for family members, it must be reported separately.

Hesap sahibi/ Account holder	Banka adı/ Bank's name	Şube adı/kodu/ Branch name/code	IBAN*/ IBAN*	Hesap no/ Account no

*** 26 haneli IBAN (Uluslararası Banka Hesap Numarası) yazılacaktır./Please specify 26 digits-long IBAN (International Bank Account Number).**

4. Tercih edilen paket (Lütfen tercihinizi belirtiniz.)/Preferred package (Please indicate your preference.)

Paket/ Package	Seçim/ Selection	Seçilen network/ Selected Network	(*)CHECK-UP isteniyor mu?/ CHECK-UP is requested?	CHECK-UP alan sigortalı Adı ve Soyadı/Name and Surname of the insured who purchased CHECK-UP	(****)Deprem teminatı isteniyor mu?/ Eartquake cover is requested?	Deprem teminatı alan sigortalı Adı ve Soyadı/Name and Surname of the insured who purchased eartquake cover
Hesaplı Sağlık Sigortası		<input type="checkbox"/> Tüm Network <input type="checkbox"/> (**Eko network <input type="checkbox"/> (***)Geniş network	<input type="checkbox"/> Evet/Yes	1. 2. 3. 4.	<input type="checkbox"/> Evet/Yes	1. 2. 3. 4.
Hesaplı Plus Sağlık Sigortası		<input type="checkbox"/> Tüm Network <input type="checkbox"/> (**Eko network <input type="checkbox"/> (***)Geniş network	<input type="checkbox"/> Evet/Yes	1. 2. 3. 4.	<input type="checkbox"/> Evet/Yes	1. 2. 3. 4.
Hesaplı Maksi Sağlık Sigortası		<input type="checkbox"/> Tüm Network <input type="checkbox"/> (**Eko network <input type="checkbox"/> (***)Geniş network	<input type="checkbox"/> Evet/Yes	1. 2. 3. 4.	<input type="checkbox"/> Evet/Yes	1. 2. 3. 4.

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

Paket/ Package	Seçim/ Selection	Seçilen network/ Selected Network	(****)Doğum teminatı isteniyor mu?/ Is a maternity cover requested?	(*****)Deprem teminatı isteniyor mu?/ Eartquake cover is requested?	Deprem teminatı alan sigortalı Adı ve Soyadı/Name and Surname of the insured who purchased eartquake cover
Standart Sağlık Sigortası		<input type="checkbox"/> Tüm Network <input type="checkbox"/> (***)Eko network <input type="checkbox"/> (***)Geniş network	<input type="checkbox"/> Doğum Paket 1/Maternity Package 1 <input type="checkbox"/> Doğum Paket 2/Maternity Package 2 <input type="checkbox"/> Doğum Paket 3/Maternity Package 3	<input type="checkbox"/> Evet/Yes	1. 2. 3. 4.
Standart Plus Sağlık Sigortası		<input type="checkbox"/> Tüm Network <input type="checkbox"/> (***)Eko network <input type="checkbox"/> (***)Geniş network	<input type="checkbox"/> Doğum Paket 1/Maternity Package 1 <input type="checkbox"/> Doğum Paket 2/Maternity Package 2 <input type="checkbox"/> Doğum Paket 3/Maternity Package 3	<input type="checkbox"/> Evet/Yes	1. 2. 3. 4.
Elit Sağlık Sigortası		<input type="checkbox"/> Tüm Network <input type="checkbox"/> (***)Eko network <input type="checkbox"/> (***)Geniş network	<input type="checkbox"/> Doğum Paket 1/Maternity Package 1 <input type="checkbox"/> Doğum Paket 2/Maternity Package 2 <input type="checkbox"/> Doğum Paket 3/Maternity Package 3	<input type="checkbox"/> Evet/Yes	1. 2. 3. 4.
Elit Plus Sağlık Sigortası		<input type="checkbox"/> Tüm Network <input type="checkbox"/> (***)Eko network <input type="checkbox"/> (***)Geniş network	<input type="checkbox"/> Doğum Paket 1/Maternity Package 1 <input type="checkbox"/> Doğum Paket 2/Maternity Package 2 <input type="checkbox"/> Doğum Paket 3/Maternity Package 3	<input type="checkbox"/> Evet/Yes	1. 2. 3. 4.

(*) Hesaplı Sağlık Sigortası, Hesaplı Plus Sağlık Sigortası ve Hesaplı Maksi Sağlık Sigortasında 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.

(****) Hesaplı Sağlık Sigortası, Hesaplı Plus Sağlık Sigortası ve Hesaplı Maksi Sağlık Sigortasında doğum teminatı isteğe bağlı olarak alınamamaktadır. Standart Sağlık, Standart Plus, Elit Sağlık ve Elit Plus Sağlık Sigortasında ise doğum teminatı bulunmamakta olup isteğe bağlı olarak ek prim ile alınabilecektir.

(*****) Hesaplı Sağlık Sigortası, Hesaplı Plus Sağlık Sigortası, Hesaplı Maksi Sağlık Sigortası, Standart Sağlık Sigortası, Standart Plus Sağlık Sigortası, Elit Sağlık Sigortası ve Elit Plus Sağlık Sigortasında deprem teminatı bulunmamakta olup isteğe bağlı olarak ek prim ile alınabilecektir.

(*) There is no check-up benefit in Hesaplı Sağlık Sigortası, Hesaplı Plus Sağlık Sigortası and Hesaplı Maksi Sağlık Sigortası and can be obtained with an additional premium upon request.

(**) Insurers who purchase one of the eco products have agreed to be treated only in health institutions where our Company has an agreement on more favorable prices and that health expenses abroad will not be covered by paying less premiums. Information about our contracted health institutions can be obtained from www.anadolusigorta.com.tr or by calling our Company. Detailed information about eco products and eco network applications can be obtained from the special conditions of individual health insurance on our Company website.

(***) Geniş Network is, the American Hospital Inclusive Network.

(****) In Hesaplı Sağlık Sigortası, Hesaplı Plus Sağlık Sigortası and Hesaplı Maksi Sağlık Sigortası maternity coverage cannot be taken as an option. There is no maternity coverage in Standart Sağlık Sigortası, Standart Plus Sağlık Sigortası, Elit Sağlık Sigortası and Elit Plus Sağlık Sigortası and can be purchased with additional premium upon request.

(*****) There is no earthquake cover in Hesaplı Sağlık Sigortası, Hesaplı Plus Sağlık Sigortası, Hesaplı Maksi Sağlık Sigortası, Standart Sağlık Sigortası, Standart Plus Sağlık Sigortası, Elit Sağlık Sigortası and Elit Plus Sağlık Sigortası and can be purchased with additional premium upon request.

5. Sizin ve/veya aile bireylerinin daha önce herhangi bir sigorta Şirketinden bireysel veya kurumsal sağlık sigortası poliçesi oldu mu?/Have you and / or your family members had an individual or corporate health insurance policy from any insurance company?

Evet/Yes Hayır/No

Sigortalı Adı ve soyadı/ Name and Surname	Sigorta Şirketi/ Insurance Company	Dönemi (yıl olarak)/ Period (in years)	Bireysel/Kurumsal/ Individual/corporate
1.	1.		
	2.		
	3.		
2.	1.		
	2.		
	3.		
3.	1.		
	2.		
	3.		

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

II. BÖLÜM (SAĞLIK BEYANI)/SECTION 2 (HEALTH DECLARATION)

Sayın başvuru sahibi,

Sunduğumuz sağlık sigortası hizmetinden yararlanabilmeniz için sağlık beyanındaki soruları dikkatlice okuyup sizin ve sigortalı ailenizi ilgilendiren sağlık durumlarınız ile ilgili 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 kullandığınız 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.

Dear applicant,

In order to benefit from the health insurance service we offer, you must read the questions in the health declaration carefully and answer the following questions about your and your family members' health status clearly, completely and accurately. If possible, you should provide the exact diagnosis and date of diagnosis of your complaint, the names of the treatment and medication used, the epicrisis report on inpatient treatment and surgery, and / or the location of your doctor and the name of your doctor.

Failure on your part to provide incomplete information or none at all regarding the conditions you are aware of shall constitute a breach of the general terms and conditions of the Health Insurance, and special terms and conditions of the policy.

1. Aşağıda belirtilen rahatsızlıklara siz ve/veya sigortalanacak aile bireylerinizden herhangi biri maruz kaldı mı?/Have you or any member of your family who are to be insured suffered the conditions specified below? Evet/Yes Hayır/No

Kan hastalıkları/Blood Diseases	<input type="checkbox"/>	Yemek Borusu ve Mide Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	Kansızlık/Anemia	<input type="checkbox"/>
Geçirilmiş travma ve kaza/	<input type="checkbox"/>	(Reflü, Gastrit, Ülser gibi)/	<input type="checkbox"/>	Migren/Migraine	<input type="checkbox"/>
Traumas and accidents		Esophageal and Stomach Diseases (such as		Beyin damar hastalıkları/	<input type="checkbox"/>
Kalp ve damar hast./	<input type="checkbox"/>	Reflux, Gastritis, Ulcer)		Cerebrovascular diseases	
Cardio-vascular diseases		Basur/Hemoroid/Haemorrhoid	<input type="checkbox"/>	Kasık ve Göbek Fıtığı/	<input type="checkbox"/>
Yüksek tansiyon/Hyper tension	<input type="checkbox"/>	Safra kesesi hastalıkları/	<input type="checkbox"/>	Inguinal and Umbilical Hernia	
Şeker/Diabetes	<input type="checkbox"/>	Diseases of the gallbladder		Omurga Fıtıkları (Bel, Sırt, Bel Fıtığı	<input type="checkbox"/>
Kanser/Cancer	<input type="checkbox"/>	Meme hastalığı/Breast disease	<input type="checkbox"/>	gibi) ve Omur Disk Hastalıkları/	
Romatizmal hastalıklar/	<input type="checkbox"/>	Kadın hastalığı/Gynaecological diseases	<input type="checkbox"/>	Spinal Hernia (such as Waist, Back,	
Rheumatic diseases		Sakatlık/Disability	<input type="checkbox"/>	Hernia) and Spinal Disc Diseases	
Akciğer Hastalıkları/Lung Diseases	<input type="checkbox"/>	Diz Hastalıkları/Knee Diseases	<input type="checkbox"/>	Bağırsak Hastalıkları/Intestinal Diseases	<input type="checkbox"/>
Kalıtıl/Doğuştan gelen hastalıklar/	<input type="checkbox"/>	Omuz Hastalıkları/Shoulder Diseases	<input type="checkbox"/>	İdrar kaçırma/Urinary incontinence	<input type="checkbox"/>
Hereditary / Congenital diseases		Septum Deviasyonu/Septum Deviation	<input type="checkbox"/>	İşitme kaybı/Hearing loss	<input type="checkbox"/>
Verem/Tüberküloz/Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Konka Hipertrofisi/Concha Hypertrophy	<input type="checkbox"/>	Sinüzit/Sinusitis	<input type="checkbox"/>
Astım/Asthma	<input type="checkbox"/>	Yumurtalık kisti/Ovary cyst	<input type="checkbox"/>	Psikiyatrik Hastalık/Psychiatric Disease	<input type="checkbox"/>
Guatr/Troid hastalıkları/	<input type="checkbox"/>	Miyom/Myoma	<input type="checkbox"/>	Karaciğer hastalığı/Liver disease	<input type="checkbox"/>
Goiter/Thyroid diseases		Böbrek taşı/Kidney stones	<input type="checkbox"/>	Böbrek hastalığı/Kidney disease	<input type="checkbox"/>

Diğer (varsa lütfen belirtiniz.)/Other (Please specify if any.)

Yukarıda belirttiğiniz rahatsızlıklara ilişkin bilgileri ayrıntılarıyla aşağıda açıklayınız./Please specify below the details regarding the abovementioned conditions.

Adı ve soyadı/ Name and surname	Hastalık/Condition	Yapılan tetkik ve tedavi türü ilaç kullanımı varsa kullanılan ilaç ismi ve kullanılan doz/Diagnosis and treatment and the medicine used, name of the drug used and dose used.	İlk teşhis tarihi/ Date of the initial diagnosis	Sağlık kuruluşunun adı/Name of the medical institution	Kronik mi?/ Chronic?	Şikayet devam ediyor mu?/Does the complaint continue?
			___/___/___		<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

2. Siz veya sigortalanacak aile bireylerinizden herhangi biri ameliyat oldu mu ve/veya ameliyatsız yatışlı tedavi gördü mü? (Tedavi gördüyse lütfen hasta çıkış epikrizini ve/veya ameliyat raporunu ve tetkik sonuçlarını soru formuna ekleyip gönderiniz.)/Have you or any member of your family who are to be insured been operated on, or had been treated as an in-patient without any operation? (If yes, please attach the discharge epicrisis and/or operation report and diagnosis results to the questionnaire.) Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/ Name and surname	Ameliyatın adı/ Name of the operation	Ameliyatsız yatışlı tedavinin adı/Name of in-patient treatment	Hastane ve doktor adı/ Name of the hospital and doctor	Tarih/ Date
				___/___/___
				___/___/___

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

3. Şimdiye kadar, teşhis konulmamış olsa da sizin veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi birinin sağlık şikayeti oldu mu ve/veya bu şikayet 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.)/Until now, have you or any member of your family who are to be insured had medical problems and/or undergone any diagnosis (blood and urine analysis, EKG, roentgen, MR, tomography, ultrasonography, scintigraphy, mammography, biopsy, angiography, gastroscopy, colonoscopy, rectoscopy, bronchoscopy, cystoscopy etc.) regarding such problems, even if no diagnosis is effected? Was physical therapy or medicines used? (If analyses were made, please attach the analysis results to the questionnaire.)
 Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/ Name and surname	Hastalık/yakınma/ Disease/complaint	Yapılan tetkik ve/veya kullanılan ilaçlar, uygulanan fizik tedavisi/ Analysis and/or medicines used, physical therapy applied	Teşhis konulmuşsa hastalığın adı/teşhis yeri ve tanısı/ If diagnosed, name of the disease/ place of diagnosis

4. Sigorta kapsamına alınacak erkekler askerliklerini tamamladılar mı?/Have the male persons to be insured have completed their military service? Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/Name and surname	Tamamlanma nedeni/Reason for not completing

5. Sigorta kapsamına alınacak kadınlar arasında hamile olan var mı?/Are there any pregnant women among the women to be covered? Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/Name and surname	Kaç haftalık gebelik?/Months into pregnancy

6. Sizin ve/veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi birinin profesyonel veya amatör lisanslı olarak faaliyette bulunduğu spor dalı var mı?/Is there any sports branch where you and / or any of the family members to be insured are professional or amateur licensed? Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/Name and surname	Spor dalı/Sports branch

7. Ödeme Şekli/türü/Payment method/type

Ödeme Tipi	<input type="checkbox"/> Nakit	<input type="checkbox"/> Otomatik Ödeme	<input type="checkbox"/> Mail order	<input type="checkbox"/> 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./WARNING: Payment by credit card or account is only valid if the Credit Card or Automatic Payment Instruction Form with the policy number is filled out.

III. KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDAKİ BİLGİLENDİRME VE BEYANLAR/INFORMING AND DECLARATIONS WITHIN THE SCOPE OF THE LAW ON PROTECTION OF PERSONAL DATA

1. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Aydınlatma Metni/Clarification Text of The Law on Protection of Personal Data

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 kullanılmasında 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, aktüerler, destek hizmet sağlayıcıları ve Kamu kurum ve kuruluşlarına 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 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"

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

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.

Anadolu Sigorta as responsible of data, takes entire measures required to avoid unlawful utilization of the data, protect such and maintain proper security level in accordance with the legislation within the procedures of processing and transferring personal data. Personal data is processed in order to conduct risk assessment in insurance business, prepare an insurance proposal, use the rights and perform the liabilities emerging from the insurance contract, make insurance transactions and make planning and statistical works within this scope and develop customized opportunities and could be transferred to authorized agencies, reinsurers, experts, assistance companies, actuaries, support service suppliers and public institutions and organizations for the same purposes and within the frame of Insurance Law and the provisions of the other legislations.

Data of the persons pertaining to their race, ethnic origin, political view, philosophical belief, religion, denomination or other beliefs, fashion and attire, membership in an association, foundation or syndicate, health, sexual life, penal conviction and security measures and their biometrical and genetical data are accepted as special categories of personal data. From among special categories of personal data the ones pertaining to health and sexual life could be processed only if an explicit consent is given. In case the persons who are covered or shall be covered by insurance give consent to processing of such data, it is processed and for the same purposes, their health information, insurance records and other information could be obtained from Insurance Information and Supervision Center (SBGM), Social Security Institution, Ministry of Health, health institutions and organizations and insurance companies in order to make risk assessment and conclude indemnity applications and aforementioned information and records which are in care of the company can be shared with SBGM, insurance companies and authorities which have been entitled by the relevant legislation.

Such personal data is collected electronically via automated means and orally/in writing via non-automated means. According to the nature of the transaction, this personal data is processed within the scope of Art. 5. of the Law, "prediction explicitly in the law", "necessary because it is directly related with the establishment and performance of an insurance contract", "mandatory for the data controller to fulfill his legal obligation", "provided that the fundamental rights and freedoms of the person concerned is not damaged, principal data processing is a must for the legitimate interests of the data controller" and in exceptional cases "to have the explicit consent of the person concerned". The special categories of personal data is processed subject to Section 6 of the Law, within the scope of the causes of action "to have the explicit consent of the person concerned" and "to be clearly foreseen in the law".

Personal data shall not be used for any purpose other than processing and shall not be transferred and/or disclosed to third persons without an explicit consent or any other reason prescribed within the relevant legislation. The relevant person is entitled to wholly or partially waive from any kinds of consents which they have given pertaining to processing of personal data. Apart from that they are entitled to request information pertaining to whether the personal data have been processed, if such have been processed; to obtain information with regards to such processing; to learn the purpose of such processing and whether such data have been used fit for the purpose of use, whether such information have been transferred to third persons at home or abroad and if such have been transferred; to learn about such third persons or category of such persons; to request such data be corrected in case they are incomplete or false; be updated in case they have changed; such personal information be deleted or eliminated in case the reasons which require them to be processed have disappeared; to request the processes of correction/deletion/elimination be notified to third persons to whom such personal information have been transferred; to raise objections in case an adverse consequence emerges by means of analyzing processed personal information exclusively through automatic systems and to claim indemnification in case of incurring damages due to processing of personal information in breach of the legislation. You may reach further information pertaining to the subject from the Policy on Protection and Processing of Personal Data which was publicized in the corporate web site of Anadolu Sigorta.

2. Kişisel Verilerin İşlenmesine İlişkin Açık Rıza Beyanı/Open Consent Declaration Pertaining To Processing of Health Data

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 tarafımıza 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

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

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 ve bağımlılarıma 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 Aracıları, 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.

Pursuant to Law on Protection of Personal Data No.6698 any kind of information with regards to a real person whose identity is known or could be specified is referred to as personal data. In order to process personal data within the scope of the aforementioned law, the explicit consent of the person concerned or any of the other processing requirements contained in the articles 5 and 6 of the Law must exist.

Anadolu Sigorta is obliged to execute its legal liabilities arising from the legislation and insurance contract and for the purpose of enabling itself, the insured and the right-holders to use their rights and to protect their legal interests is obliged to obtain, assess, share with its business partners and third persons from whom it receives services and to save the personal data of the insured/right-holder for the period allowed by the laws. Personal data is processed in order for us to perform our insurance activities in accordance with mandatory provisions of the Law on Protection of Personal Data and in accordance with the Policy on Protection and Processing of Personal Data which is publicized on corporate website of Anadolu Sigorta. On such issue your side has been informed and clarified pursuant to Article 10 of the Law on Protection of Personal Data.

In order to execute the liabilities which have been undertaken by the insurance contract, personal data could be transferred to our business partners, our contracted attorneys or to companies from which services are received. Our business partners, contracted attorneys and service rendering companies are obliged to keep confidential such information and not to use such for any other purposes within the frame of their contractual liabilities.

Personal data regarding health are being shared with persons and organizations providing expert's opinion on health condition of the insured candidate at the phase of policy issuing for the purpose of executing the requirements of the insurance policy. On the other hand in the event of indemnification applications such information is shared with provision service organizations examining and approving health transactions which are to be made at home or abroad; with business partner insurance companies in case of co-insurance; with institutions assessing or specifying the reports containing the levels of disability and work power loss; with institutions rendering assistance services on health issues; with actuaries in order for them to make actuarial counting in case demise and disability are in question.

In the course of procedures of personal data processing, Anadolu Sigorta takes the measures which provide accurate security level in accordance with the legislation in order to both keep the data securely and prevent them from being utilized in breach of law.

Within the frame of the Law on Protection of Personal Data No.6698, I accept and declare that I know that I am entitled to receive information pertaining to processing of personal data any time from Anadolu Sigorta which is responsible from such data, learn whether such data have been processed in conformity with their purpose of processing, request correction in the event of deficient/wrong processing, demand updating and wholly or partially deletion of such data and withdraw wholly or partially the consent which has been already given.

Based on the reasons stated above; I give my consent to Anadolu Sigorta with my free will to conduct the following activities with my side being fully informed about how personal data pertaining to me and my affiliates shall be processed within aforementioned scope:

- Any kind of information and documents pertaining to current and past health data could be obtained from entire public and private health service suppliers,
- Personal data and documents pertaining thereto could be saved in data recording systems of Anadolu Sigorta and after being classified within such systems could be kept for the period prescribed by the legislation,
- They shall be used in any transactions, at every phase where the requirements of the insurance contract shall be performed including reinsurance and recourse transactions,
- They could be transferred to infrastructure suppliers of Anadolu Sigorta, third persons rendering services thereto, contracted institutions providing post-sales services, relevant Anadolu Sigorta Agencies, Reassurance companies, real and legal persons wherein Anadolu Sigorta is as well affiliated, relevant insurance company in the event of an joint insurance, Insurance Information and Supervision Center, authorized judicial and administrative authorities; based upon the reasons including but not limited to risk acceptance and indemnification assessments made and liabilities emerging from the legislation.

3. İletişim/Veri İşleme Faaliyetlerine İlişkin Açık Rıza Beyanı/ Open Consent Declaration Pertaining to the Activities of Communication/ Data Processing

"Tarafımıza iletmış olduğunuz 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 bilgilerinizi bölümünden veya Sigortam Cepte Uygulaması üzerindeki müşteri bilgileri ekranından, ticari elektronik iletişim iznini durdurabilirsiniz.

We hereby request your consent for the following text in order for us to use your personal data only for purposes of collection thereof which you have transferred to our company. For the purpose of offering your profile the most convenient product, proposal, opportunity, advantage, various

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

presentation, advertisement, promotion, sales and marketing pertaining to any kinds of products and services, in order for us to contact your side through SMS/short message, push notification, social media and other online advertisement networks, IVR (interactive voice response), computer, telephone, e-mail/mail and other electronic communication means and in order to conduct service assessment surveys and market researches through our business partners, your contact information which you have disclosed shall be saved, processed and used and if needed shall be shared with our business partners by our company.

You may cancel your commercial electronic communication permit any time you wish and without demonstrating any justifications both by declining the specified transaction in aforesaid message and in our electronic messages or by declining such from the profile information section at online. anadolusigorta.com.tr or from the client information screen on the Sigortam Cepte Application.

Beyanınıza dayanılarak düzenlenecek poliçenizdeki teminatların kapsamı, ihbar ve tazminat esasları hakkındaki ayrıntılı bilgiler, poliçenizle birlikte size verilecek olan Genel Şart, Özel şart ve 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 için bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların verdiği temsil yetkisine, açıklama ve taahhütlerine dayanarak, sigortalı olarak 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 sigortalı olacak 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. Sigortalı olarak 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 sigortalı olacak 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 sigortalı olduğum(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 sigortalı olmalarını 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 sigortalı olacak aile bireyleri için işaretlemediğim soruların "Hayır" olarak işleme alınmasını kabul ediyorum.

Sigortalı olacak kişiler (18 yaş ve üzeri çocukların imzası gereklidir.)

The scope of the coverage of the policy to be drawn up on the basis of your statement, as well as the details regarding notification and damages payment principles are included in the General Terms and Conditions, Special Terms and Conditions, and Clauses to be provided to you along with the policy. You can also obtain such information from your agency or regional directorates of Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi, prior to the preparation of your policy.

I hereby declare and certify that I authorize Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi to obtain all kinds of information and copies of records regarding my health and biography, from medical institutions, doctors, and third parties; and that I shall not hold liable the medical institutions, doctors, and third parties to provide all kinds of information and copies of records regarding my health and biography for disclosing information regarding my health. As the applicant, I am aware and I accept that the policy coverage does not include diagnosis and treatment costs to arise out of the conditions I or any family member to be insured have been treated for prior to the commencement of the insurance, or were aware of.

I accept that the insurance indemnities shall be paid within the framework of the scope and coverage of the health package I purchase.

I accept, declare and certify that filling out this form shall not be interpreted as actual insurance by Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi, and that the insurance coverage shall enter into effect after the application form is accepted, policy is drawn up, and premium is paid.

I the applicant with the signature below, hereby undertake that the information I have provided in this questionnaire and the health declaration with regards to both me, and the family members I intend to have insured is complete and accurate. I accept and declare in advance that the information/figures provided in the present questionnaire and health declaration are correct, complete, and accurate, and that in case of inaccurate representation I shall waive all my rights to arise out of the insurance contract.

Additionally, I accept the unanswered questions in the health statement field in this questionnaire for me and family members to be insured, to be processed as if they were answered as "no".

Persons to be insured (Children aged above 18 should sign the form.)

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

Adı ve Soyadı/ Name Surname	Sağlık Açık Rıza/Health Open Consent	İletişim/Veri İşleme Açık Rıza/ Communication/Data Processing Open Consent	Tarih/Date	İmza/Signature
Sigortalı/Insured:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	___ / ___ / ___	
Eş/Spouse:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	___ / ___ / ___	
1. Çocuk/1st Child:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	___ / ___ / ___	
2. Çocuk/2nd Child:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	___ / ___ / ___	
3. Çocuk/3rd Child:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	___ / ___ / ___	
4. Çocuk/4th Child:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	___ / ___ / ___	