

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

Çerçeve ile gölgelendirilmiş alanlar Şirket / Acente tarafından doldurulacaktır.

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

1. Müşteri bilgileri

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

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

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

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

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

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

3. Tercih edilen ürün bilgileri

Ürünün geçerli olacağı network istenen Plan
İsteğe Bağlı olarak alınacak teminat
Ödeme Tipi
Ödeme Koşulu

Network A
 Yatışlı Tedavi Planı
 Doğum
 Nakit
_____ Taksit

Network B
 Yatışlı+Yatışsız Tedavi Planı
 Tüp Bebek
 Otomatik Ödeme

Network C
 Mail order
 Sanal POS

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

III. KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDAKİ BİLGİLENDİRME VE BEYANLAR

1. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Aydınlatma Metni

Anadolu Sigorta, veri sorumlusu sıfatıyla kişisel verilerin işlenmesi ve aktarımı süreçlerinde, verilerin hukuka aykırı olarak kullanılmasını önlemek, muhafazasını sağlamak ve mevzuat uyarınca uygun güvenlik düzeyini sağlamak için gerekli tüm tedbirleri almaktadır. Kişisel veriler, sigortacılıkta risk değerlendirmesi yapılması, 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, 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" 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 aktarılabilmektedir. 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, 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 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 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 olduğum gerçek ve tüzel kişiler, müşterek sigorta olması halinde ilgili sigorta şirketi, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, yasal yükümlülüklerle uygun olarak yetkili adli ve idari merciler ile paylaşılmasına, özgür irademle onay veriyorum.

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

3. İletişim/Veri İşleme Faaliyetlerine İlişkin Açık Rıza Beyanı

"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 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:	<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	___ / ___ / ___	