



KİŞİSEL VERİLERİN PAYLAŞILMASINA DAİR YETKİ BEYANI

Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş. Genel Müdürlüğüne,

Aşağıda kimlik bilgisi/leri yer alan kişi/kişiler tarafından Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş.'den sağlık poliçesi teklifi çalışması ve teklifin çalışılması sürecindeki sigortacılık faaliyetlerinin yürütülmesi ile ilgili yetkilendirildiğimi beyan ederim.

Bilgileri aşağıda belirtilmiş olan sigortalı adaylarının, sağlık sigortası teklifi sunulabilmesine yönelik olarak kendileriyle ilgili sağlık bilgisi dahil her türlü kişisel ve özel nitelikli kişisel verinin tarafımla paylaşılmasına dair açık rıza/rızalarının olduğunu ve aksi halde her türlü sonuçtan şahsen sorumlu olacağımı kabul ve beyan ederim.

Saygılarımla,

TARİH :
SATIŞ KANALI KODU :
SATIŞ KANALI ADI/UNVANI :
YETKİLİ İMZASI :

Adı Soyadı	TCKN NO / VKN NO	STATÜ (Sigorta Ettiren / Sigortalı)