

Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş
KVKK Kapsamında Bilgi Talep
Formu

GENEL AÇIKLAMALAR

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("KVKK") ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine ("Başvuru Sahibi") KVKK'nın 11. maddesi uyarınca kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin talepte bulunma hakkı ve bu hakka ilişkin başvuruların, KVKK'nın 13. maddesi uyarınca veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu ("Kurul") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle veri sorumlusu olan Şirketimize yapılması için bu form hazırlanmıştır.

BAŞVURU YOLLARI

İlgili Kişi tarafından Başvuru Formunun doldurulması ile,;

- Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e göre, Küçükbakkalköy Mah Başar Sok. No: 20 Ataşehir/İstanbul adresine şahsen yazılı olarak,
- Noter vasıtası ile Küçükbakkalköy Mah Başar Sok. No:20 Ataşehir/İstanbul adresine başvuru yaparak ya da
- Güvenli elektronik imzanız ile imzalayarak kvkk@bupaacibadem.com.tr adresine göndererek

Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş.'ye başvurabilirsiniz.

Yukarıda açıklanan başvuru yöntemlerinin usulü kısaca aşağıda belirtilmektedir:

Başvuru Yöntemi	Başvurunun Yapılacağı Adres	Başvuru Gönderiminde Yer Alacak Bilgi
Şahsen Başvuru (Başvuru sahibinin bizzat gelerek kimliğini tevsik edici belge ile başvurusu)	Küçükbakkalköy Mahallesi Başar Sokak No:20 34750 Ataşehir/İstanbul	Başvuru zarfının/evrağının üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılır ve konuya ilişkin bilgi ve belgeler başvuruya eklenir.
Noter vasıtasıyla tebligat	Küçükbakkalköy Mahallesi Başar Sokak No:20 34750 Ataşehir/İstanbul	Tebliğat zarfına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılır ve konuya ilişkin bilgi ve belgeler başvuruya eklenir.
"Güvenli elektronik imza" ile imzalanarak elektronik posta yoluyla	kvkk@bupaacibadem.com.tr	E-postanın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılır ve Konuya ilişkin bilgi ve belgeler başvuruya eklenir.

Başvurularınız, KVKK'nın 13. maddesi ve Veri Sorumlusuna Başvuru Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ 5. maddesi uyarınca, talebinizin tarafımıza ulaştığı tarihten itibaren talebin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç 30 gün içerisinde sonuçlandırılarak yanıtımız seçmiş olduğunuz iletişim yöntemine göre yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır.

BAŞVURU FORMU

A. Başvuru Sahibi Kimlik ve İletişim Bilgileri:

Ad Soyad*	
TC Kimlik Numarası (Yabancı Uyruklu Şahıslar İçin; Uyruğu, Pasaport Numarası veya varsa kimlik numarası)*	
Telefon Numarası*	
Talep Konusu*	

Lütfen İletişim Şekli Tercihinizi Belirtiniz.	<input type="checkbox"/>	E-Posta* (Bu yöntemi seçmeniz halinde size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)	
	<input type="checkbox"/>	Adres*	

*Doldurulması zorunlu alanlardır.

B. Lütfen Şirketimiz ile ilişkinizi belirtiniz:

<input type="checkbox"/> Sigortalı	<input type="checkbox"/> Gerçek Kişi/Acente
<input type="checkbox"/> Gerçek Kişi Sağlık Profesyoneli (Eczane, Doktor vb.)	<input type="checkbox"/> Broker
<input type="checkbox"/> Diğer:	<input type="checkbox"/> Çalışan (Aday/Eski/Mevcut)

C. Lütfen KVKK'nın 11. maddesi kapsamındaki talebinize uygun ilgili maddeyi belirtiniz:

<input type="checkbox"/>	Kişisel verilerinizin işlenip işlenmediği
<input type="checkbox"/>	Kişisel verilen hangi yöntemle toplandığı ve hukuki sebebi
<input type="checkbox"/>	İşlenen Kişisel verilerinizin hangi amaçla işlendiği, işlenme amacına uygun kullanılıp kullanılmadığı
<input type="checkbox"/>	İşlenen Kişisel verilerin yurt içinde veya yurt dışına kimlere ve hangi amaçla aktarıldığı
<input type="checkbox"/>	Kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması sebebiyle düzeltme talebi
<input type="checkbox"/>	Eksik veya yanlış işlenen Kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilerde düzeltme talebi
<input type="checkbox"/>	Kişisel verilerimin işlenme sebebi ortadan kalktığından verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme

