

Lütfen bu formu okunaklı bir şekilde doldurunuz.

Tarih ___/___/_____

POLİÇE BİLGİLERİ

Police No		Police Başlangıç Tarihi	
Aracı / KRY Adı No		Police Bitiş Tarihi	

SİGORTA ETTİREN / SİGORTALI

		<input type="checkbox"/> Sigortalı	<input type="checkbox"/> Sigorta Ettiren
Adı, Soyadı / Unvanı		Vergi Dairesi No	
Doğum Yeri / Tarihi	___/___/_____	GSM No	(0)
Uyruk		Telefon	(0)
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No		E-Posta	_____@_____
Adresi	Ev İş		Yazışma Tercihi Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/>

KREDİ KARTI BİLGİLERİ

Kart Sahibinin Adı - Soyadı			
Kredi Kartı No	_____*****_____		
Banka Adı		Kart Türü	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master

BANKA HESAP BİLGİLERİ (Anlaşmazlık kuruma başvurulması halinde tedavi masraflarının ödenmesinin istendiği hesap) - (5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu Ek 6. Maddesinin Uygulamasına ilişkin 2021/1 sayılı Genelge kapsamında; tazminat ödemelerinin yapılabilmesi için 18 yaş ve üzerindeki tüm sigortalıların kendi adına kayıtlı IBAN bilgisi yazılmalıdır)

Hesap Sahibi	IBAN No
	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

BEYAN BİLGİLERİ

Sayın Sigorta Ettiren,

* Sigorta Ettiren olarak, yazılı talimat ile aksini sigortacıya bildirmediğim takdirde, bu ve bundan sonraki sigorta sözleşme dönemlerinde Başvuru Formu ile bilgilerimi vermiş olduğum tüm sigortalılar için aynı sigorta planı dahilinde yeni bir teklifnameye gerek olmaksızın Sigortacı'nın yeniden poliçe tanzim edebileceğini, hesaplanacak primlerin yukarıda bilgilerimi vermiş olduğum kredi kartından tahsil edilebileceğini ve tarafımdan Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş.'nin bu konuda işbu beyan ile yetkilendirildiğini kabul ediyorum.

* Şirketiniz tarafından, SMS, telefon, elektronik posta ve benzeri iletişim kanallarından iletilecek bilgilendirme ve pazarlama mesajlarının tarafıma gönderilmesini kabul ederim.

*Şirketinizce düzenlenen poliçeler ve tazminat ödemeleri kapsamında risk ölçümü yapılabilmesi, tazminat taleplerinin değerlendirilebilmesi, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin

Sigorta Ettiren/Sigortalı Unvan,Kaşe/Adı,Soyadı,Tarih	İmza
___/___/_____	<input type="text"/>

yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile sigorta işlemleri kapsamındaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve tarafıma özel fırsatların geliştirilebilmesi için sağlık verilerim de dahil olmak üzere kişisel verilerimin işlenmesi gerektiğini biliyor ve kabul ediyorum. Bu kapsamda gerek ileteceğim, gerekse de ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve kamu kurum ve kuruluşları, özel ve resmi sağlık kurumları, eczaneler, laboratuvarlar, hekim ve diğer ilgili üçüncü kişiler/kurumlardan hakkımda bilgi ve belge temin edilmesine onay veriyorum. Tüm bu verilerin, Sigortacı tarafından aşağıda açıklandığı çerçevede elde edileceği, kaydedilebileceği, muhafaza edilebileceği, açıklanabileceği, mevzuatın izin verdiği durumlarda üçüncü kişilere aktarılabilirliği veya diğer şekillerde işlenebileceği konularında bilgilendirildiğimi ve buna onay verdiğimi beyan ederim.

Kişisel verilerimin ilgili sigorta tekliflerinin/poliçelerinin yürürlük tarihi süresince ve mevzuatta öngörülen saklama süreleri boyunca yazılı veya elektronik ortamda muhafaza edilebileceğini biliyor ve kabul ediyorum. Sağlık verilerimin özel nitelikli kişisel veri olduğunu, sağlık verilerinizi de içeren kişisel verilerimin, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yönetilmesi konusunda görev yapan sigorta şirketlerince açık rıza aranmaksızın işlenebileceğini, şirketiniz tarafından talep edilmesi halinde teklif, tazminat/provizyon talebimin değerlendirilmesi sürecinde e-nabiz kayıtlarımı sigorta şirketine ileteceğimi biliyor ve kabul ediyorum.

Kişisel verilerimin yukarıda belirtilen amaçlarla, denetleyici ve düzenleyici makamlar ve ilgili kamu kuruluşları ile; Şirket'in sigortaya aracılık eden dağıtım kanalı, hissedarları, doğrudan / dolaylı yurtiçi / yurtdışı iştirakleri, reasürörleri, hizmet alınan, işbirliği yapılan kişi ve kuruluşlar ile destek hizmeti sağlayıcıları, brokerler, diğer sigorta şirketlerine ve sigorta sözleşmesini yaptıran Sigorta Ettiren / Sigorta Ettiren yetkilisine aktarılabilirliğini ve bunlarla paylaşılabilirliğini biliyor ve kabul ediyorum.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca, kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenme, işlenmişse bilgi talep etme, işlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, yurt içinde / yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri bilme, eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda sayılan istisnai haller saklı kalmak üzere Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 7'nci maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini / yok edilmesini isteme, aktarıldığı üçüncü kişilere yukarıda sayılan işlemlerin bildirilmesini isteme, münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhime bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme, kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına, Sigortacı'nın mevzuattan ve bu formdan doğan hakları saklı kalmak üzere, sahip olduğum konularında bilgilendiğimi beyan ederim. Sigortacı'nın makul olmayacak düzeyde yinelenen, orantısız düzeyde teknik çaba gerektiren, başkalarının gizliliğini tehlikeye atan veya başka şekilde aşırı derecede zor olan istekleri reddetme hakkı saklı olduğunu biliyor ve kabul ediyorum.

NOT: Sigorta sözleşmenizin kesintisiz devamı için, vermiş olduğunuz kredi kartınızın mail-order'a (kart bilgisi ile çekim yapılmasını sağlayan sistem) açık olduğundan ve/veya kartın harcama limitinden bağımsız olan

Sigorta Ettiren/Sigortalı Unvan,Kaşe/Adı,Soyadı,Tarih

İmza

--/--/----