

Lütfen, Başvuru ve Sağlık Beyan Formu üzerinde yer alan tüm alanları büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz. Bu form, teklif niteliğinde değildir.

Sigorta Başlangıç Tarihi

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sigorta Bitiş Tarihi

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## SİGORTA ETTİREN

Adı, Soyadı / Unvanı		T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No	
Doğum Yeri /Tarihi		Vergi Dairesi / No	
Adresi <input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> İş		GSM No	(___)_____
E-posta		Telefon	(___)_____

## SİGORTALI ADAY BİLGİLERİ

	1. Aday (Kendisi)	2. Aday (Eşi)	3. Aday (Çocuk)	4. Aday (Çocuk)	5. Aday (Çocuk)
Ad,Soyad					
Doğum Tarihi	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No					
Fiili Çalışma Yeri Departman Kodu					
Sicil No					
İşe Giriş Tarihi					
Meslek / Unvan					
Boy / Kilo	___cm___kg	___cm___kg	___cm___kg	___cm___kg	___cm___kg
Doğum Haftası / Kilosu*			___hafta___kg	___hafta___kg	___hafta___kg

\*1 yaş altı çocuk başvurularında doldurulması gerekmektedir

## SİGORTALI ADAY İLETİŞİM BİLGİLERİ (18 yaş üstü sigortalıların kendilerine ait iletişim bilgileri yazılmalıdır.)

	1. Aday (Kendisi)	2. Aday (Eşi)	3. Aday (Çocuk)	4. Aday (Çocuk)	5. Aday (Çocuk)
Telefon	(___)_____	(___)_____	(___)_____	(___)_____	(___)_____
GSM					
E-Posta					
Adres					

## PRİM BİLGİLERİ (Bu bölüm, Satış Kanalı tarafından doldurulacaktır.)

Tarife Primi (TL)					
Ek Prim (%)					
İndirim (%)					
Sigortalı Prim Tutarı					
Toplam Poliçe Prim Tutarı					

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih

İmza

Sigortalı Adı, Soyadı, Tarih

İmza

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANKA HESAP BİLGİLERİ** (Elden Ödemeli 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
1. Aday (Kendisi)		
2. Aday (Eşi)		
3. Aday (Çocuk)		
4. Aday (Çocuk)		
5. Aday (Çocuk)		

**KREDİ KARTI BİLGİLERİ** (Sigorta ettiren ile kredi kartı sahibi aynı kişi olmalıdır.)

Kredi Kartı Sahibi		Kart Türü	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master
Kredi Kartı No	___ / ___ ** / * * * * / ___	Banka Adı	

#### ÖDEME ŞEKLİ

Prim Ödeme Aracı  Kredi Kartı  Banka Havalesi

#### PRİM ÖDEME PLANI

\_\_\_ Eşit Taksit  Taksit Ödemeleri Her Ayın Kaçında Yapılacak? \_\_\_\_\_

**Lütfen, aşağıdaki soruları sigorta kapsamına alınacak bireylerin tamamı için yanıtlayınız.**

Sözleşmenin kurulması sırasında veya Sigortacı'nın talep ettiği diğer durumlarda, sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak, Beyan Formu'nda yer alan sorulara tam ve doğru olarak cevap verilmelidir. Söz konusu beyanın gerçeğe aykırı veya eksik olması durumunda ve/veya beyan yükümlülüğünün yerine getirilmemesi halinde, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe Özel Şartları uyarınca, tespit edilen tarih itibarıyla Sigorta Sözleşmesi yeniden düzenlenecektir. Bu durumda, hastalığa ilişkin sebepsiz yere ödenen tazminatların iade edilmesi, Sigortacı tarafından sözleşme şartlarının yeniden belirlenmesi (Muafiyet, Ek Prim, Limit vb. uygulanabilecektir) ve sigorta sözleşmesinin iptali söz konusu olabilecektir.

#### BEYAN

- Sigorta Ettiren olarak yazılı talimat ile aksini Sigortacı'ya bildirmedim takdirde, bu ve bundan sonraki poliçe dönemlerinde Başvuru ve Sağlık Beyan Formu ile bilgilerimi vermiş olduğum tüm sigortalılar için, Sigortacı'nın yeniden poliçe tanzim edebileceğini hesaplanacak primlerin yukarıda bilgilerimi vermiş olduğum kredi kartından tahsil edilebileceğini ve tarafımdan Bupa Acibadem Sigorta A.Ş.'nin bu konuda işbu beyanla yetkilendirildiğini kabul ediyorum.
- Bu bilgiler doğrultusunda sigorta primlerinin ikinci bir talimata kadar, kredi kartımdan tahsil edilmesini, tahsil edilmemesi halinde, poliçe teslim olmuş olsa dahi Sigortacı'nın sorumluluğunun başlamayacağını biliyorum ve sözleşmenin kurulması sırasında ve Sigortacı'nın talep ettiği diğer durumlarda sigorta kapsamına alınacak bireylere ait bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ediyorum.
- Sigorta Ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/ kararlaştırılan prim ödeme vadeleri kesin vade niteliğindedir. Sigorta Ettiren, kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesi uygulanır. Sigortacı'nın, Sigorta Ettiren'in temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunu'ndan doğan diğer hakları saklıdır.
- Yukarıda hesaplanmış primin, Başvuru ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri verilmiş tüm sigortalı adaylarının sigortalanacağı varsayımı ile seçilen ürüne paralel olarak hazırlanmış olduğunu, Başvuru ve Sağlık Beyan Formu ekli belgeler, raporlar, şirket kayıtları ve diğer bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda prim ve poliçe şartlarının değişebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.
- Başvuru ve Sağlık Beyan Formu'nun ilgili kısımlarında bildirilen e-posta adreslerinin ve diğer iletişim bilgilerinin şahsıma ve sigortalı adaylarına ait olduğunu ve Bupa Acibadem Sigorta A.Ş. tarafından sigorta sözleşmesi ön görüşmeleri ve sigorta sözleşmesi ile ilgili tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin teslimi için bu iletişim bilgilerinin kullanılabilirliğini ve Sigortacı tarafından SMS ve/ veya e-posta ile gerek tarafıma gerekse sigortalılara yapılacak tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin tesliminin bu iletişim bilgileri kullanılarak yapılacağını peşinen kabul ettiğimi beyan ederim.
- Bu Başvuru ve Sağlık Beyan Formu, yapılan bilgilendirmeye istinaden seçilen ürün doğrultusunda tarafımda doldurulmuştur.

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

## DİĞER SİGORTA ŞİRKETİ BİLGİLERİ

Başka sigorta şirket(ler)inde sona eren veya halen devam eden Sağlık Poliçeniz var mı?  Evet  Hayır

Sigorta Şirketi Adı :

Poliçe Bitiş Tarihi : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Poliçe Numarası :

## SAĞLIK BİLGİLERİ

“Aşağıda sorgulanan hastalık ya da durumlara vereceğiniz tüm EVET yanıtları için, lütfen açıklamalar bölümüne sigortalı adayı ve hastalık / durum numarasını yazarak; mevcut şikayetlerin ne olduğu, tetkik edilen ya da tedavi olunan rahatsızlık ile ilgili tıbbi tanı, tetkik / tedavi görülen doktor / hastane adı ve son durumunuz ile ilgili detayları belirtiniz. EVET olarak işaretleyeceğiniz hastalık ve/veya durumla ilgili, elinizde bulunan doktor, ameliyat, epikriz raporları, test ve varsa patoloji sonuçlarının kopyalarını lütfen başvuru formuna ekleyiniz.”

Evet Yanıtını Verdiğiniz Sorulara İlişkin Detayları Aşağıda Açıklayınız.

1	Kalp ve damar hastalıkları (Tansiyon, Kolesterol, Kalp Kapak Hastalıkları, Kalp Yetmezliği, Varis, Venöz Yetmezliği vb.)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	13	GİS Hastalıkları (Ağız, Yemek Borusu, Mide, Bağırsak vb.)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
2	Diabet (Şeker Hastalığı)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	14	Karaciğer Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
3	Kanser, Kist, Tümör	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	15	Genital Sistem Hastalıkları (Yumurtalık, Rahim, Prostat, Testis vb.)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
4	Sinir Sistemi Hastalıkları(Multipl Skleroz, Felç vb.)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	16	Meme Hastalıkları (Kist, Adenom, Tümör vb.)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
5	Kan Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	17	Psikolojik ve Psikiyatrik Rahatsızlıklar	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
6	Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	18	Diğer (Yukarıda Belirtilen Hastalıklar Dışında Her Türlü Hastalık ve Kaza Durumunu Belirtiniz.)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
7	Sırt, Bel, Boyun Rahatsızlıkları	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	19	Ameliyat Oldunuz Mu? Hastanede Yattınız mı?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
8	Diz Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	20	İlaç Kullanıyor musunuz? (Lütfen Belirtiniz.)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
9	Solunum Sistemi Hastalıkları (Akciğer, NefesBorusu, Gırtlak vb.)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	21	Hamile misiniz? (Evet ise kaç haftalık olduğunu belirtiniz.)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
10	Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	22	Doktora başvurulmamış olsa bile bilinen bir rahatsızlığınız/şikayetiniz/hastalığınız var mı?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
11	Üriner Sistem Hastalıkları (Böbrek, Mesane vb.)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
12	Endokrin (hormonal) Hastalıklar (Tiroid, Hipofiz, Cushing vb.)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			

## AÇIKLAMALAR

Sigortalı Aday No	Soru No	Şikayet, Hastalık Adı	Doktor, Hastane İsmi

Ekli Belgeler:

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

**BEYAN**

• Şirketinizce düzenlenen poliçeler ve tazminat ödemeleri kapsamında risk ölçümü yapılabilmesi, tazminat taleplerinin değerlendirilebilmesi, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin 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 aktarılabileceği 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-nabız 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 aktarılabileceğini ve bunlarla paylaşılabilceğini 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.

• Başvuru ve Sağlık Beyan Formu'nda yer alan tüm sigortalı adaylarının tüm bilgilerini bilgim dahilinde verildiğini ve söz konusu bilgilerimin gerçeğe tamamen yansıtıldığını şahsımın ve bağımlılarımın sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ekşart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) ve gerekçe gibi bilgilerinin Sigorta Ettiren ile paylaşılmasına ve tüm bu bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatim olduğunu kabul ve beyan ederim.

• Bu Başvuru ve Sağlık Beyan Formu sonucu oluşabilecek Sigorta Sözleşmesine ait Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nı okuduğumu ve kabul ettiğimi beyan ederim.

• Bu Başvuru ve Sağlık Beyan Formu ve ekli belgelerinde verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim.  
• Şirketiniz tarafından, SMS, telefon, elektronik posta ve benzeri iletişim kanallarından iletilecek bilgilendirme ve pazarlama mesajlarının tarafıma gönderilmesini kabul ederim.

• Sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak bu Başvuru ve Sağlık Beyan Formu'nda ekli belgelerde verilen bilgilerin tam ve doğru olduğunu kabul ve beyan ederim.

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih

İmza

Sigortalı Adı, Soyadı, Tarih

İmza

--/--/----

--/--/----

“Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği” ve “Kişisel Verilerin Korunması” Mevzuatı gereğince;

• Şirketinizce düzenlenen poliçeler ve tazminat ödemeleri kapsamında risk ölçümü yapılabilmesi, tazminat taleplerinin değerlendirilebilmesi, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin 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 aktarılabileceği 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-nabız 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 aktarılabileceğini ve bunlarla paylaşılabilceğini 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.

• Teklif/Başvuru ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri olan tüm bilgilerin bilgim dahilinde verildiğini ve bilgim dahilindeki gerçeği tamamen yansıttığını şahsımın ve bağımlılarımın sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi ve benzeri) ve gerekçe gibi bilgilerinin Sigorta Ettiren ile paylaşılmasına ve tüm bu bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatim olduğunu kabul ve beyan ederim. Başvuru ve Sağlık Beyan Formu formunda belirtmiş olduğum e-posta adresimin, GSM numaram ve/veya Mernis kayıtlarındaki adresimin sigortacılık işlemlerim ile ilgili bilgilendirmeler ve poliçe/sertifika gönderimi için kullanılmasını talep ve rica ederim.

Sigortalı TC Kimlik No : Eş TC Kimlik No :  
Sigortalı Adı Soyadı : Sigortalı Adı Soyadı :  
Sigortalı İmzası / Tarih : Sigortalı İmzası / Tarih :

Çocuk 18+ TC Kimlik No : Çocuk 18+ TC Kimlik No :  
Sigortalı Adı Soyadı : Sigortalı Adı Soyadı :  
Sigortalı İmzası / Tarih : Sigortalı İmzası / Tarih :

Çocuk 18+ TC Kimlik No : Çocuk 18+ TC Kimlik No :  
Sigortalı Adı Soyadı : Sigortalı Adı Soyadı :  
Sigortalı İmzası / Tarih : Sigortalı İmzası / Tarih :