

*Lütfen Başvuru Formu üzerinde yer alan tüm alanların büyük harfle ve okunaklı olarak doldurulduğundan emin olunuz. Başvuru Formu üzerinde değişiklik veya düzeltmeler yapılmak zorunda kalındığında yapılan işlemin yanına sigorta ettirenin imzasını alınız.

**SİGORTACIYA
İLİŞKİN BİLGİLER**

Sigortacının Ticaret Unvanı : **DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.**
Şirket Merkezi ve Adresi : Büyükdere Cad. Özsezen İş Merkezi 124/B 34394
Şişli / İSTANBUL
Mersis No : 0278006738500017
Web Sitesi : **demirsaglik.com.tr**
Tel No : 0212-288 68 51 pbx
Faks No : 0212-274 65 85
e-mail : musterihizmetleri@demirsaglik.com.tr

POLİÇE BİLGİLERİ

Şirket / Şube Adı : **KARDEŞLER A.Ş. (YANI BAĞLI OLDUĞUNUZ KURUM)**
Poliçe Başlangıç Tarihi : **BOŞ GEÇİLEBİLİR** İşe Giriş Tarihi : **03 / 05 / 2020**
İlk İş : Geçiş :
***Daha önce farklı bir sigorta şirketinden sağlık sigortanız oldu ise sigorta şirketinin ismi, poliçe no, bitiş tarihini belirtiniz.**

**PERSONELE
AIT BİLGİLER**

Ad Soyad : **ERSAN AKÇORA**
Cinsiyet : Kadın Erkek
Meslek : **SİGORTACI**
Doğ. Tarihi (Gün/Ay/Yıl) : **03 / 06 / 1984**
*TC Kimlik No / VKN : **12*****44**
*Gerçek kişilerde TCKN zorunludur.
Uyruk : **TC**
Görev : Medeni Hali **BEKAR** Boy/Kilo **173 / 85** Çocuk **YOK**
Yazışma Adresi / İletişim Bilgileri :
İş Tel. : Ev Tel. :
GSM : **0 (532) 2619684** E Posta : **ersanakcora@demirsaglik.com.tr**
İl : **İSTANBUL** İlçe : **ŞİŞLİ**
Adres : **Esentepe mahallesi Büyükdere caddesi No:124 B blok**

Seçilen Plan/ Network	BOŞ	BOŞ	BOŞ	BOŞ
Risk Analizi (Bu bölüm Demir Sağlık ve Hayattarafından doldurulmalıdır.)	BOŞ	BOŞ	BOŞ	BOŞ

Sigortalılar / Adı Soyadı					
Çalışan İSİM / SOYİSİM	İmza İMZA				
Eşi	İmza				
1.Çocuk	İmza	2.Çocuk	İmza	3.Çocuk	İmza

*Toplam 11 (on bir) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:
• 18 yaş ve üzeri sigortalı adaylarının kendisi tarafından,
• 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

Sigortalı Adayı	Eş	1. Çocuğu	2. Çocuğu	3. Çocuğu
Adı				
Soyadı				
Kimlik No				
Uyruk	<input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer....	<input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer....	<input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer....	<input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer....
Doğum Tarihi/...../...../...../...../...../...../...../.....
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Boy (cm)				
Kilo (kg)				
Meslek				

TEMİNAT DETAYI

Seçilen Plan/ Network				
Risk Analizi (Bu bölüm Demir Sağlık ve Hayat tarafından doldurulmalıdır.)				

İletişim Bilgileri

Adres:				
İl / İlçe				
Cep Telefonu	0(.....)	0(.....)	0(.....)	0(.....)
Sabit Telefonu	0(.....)	0(.....)	0(.....)	0(.....)
E-posta				

Her bir Sigortalı için iletişim bilgileri farklı olmalıdır. (18 yaş altı çocuklar hariç)

Sigortalılar / Adı Soyadı					
Çalışan <u>İSİM / SOYİSİM</u>	İmza <u>İMZA</u>				
Eşi	İmza				
1.Çocuk	İmza	2.Çocuk	İmza	3.Çocuk	İmza

*Toplam 11 (on bir) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş ve üzeri sigortalı adaylarının kendisi tarafından,
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

*Tazminat ödemeleri için kullanılacak banka hesap bilgisi Sigortalıya ait olmalıdır.

Ad, Soyad: **ERSAN AKÇORA**

IBAN: **TR04 **** * 5544**

*Personel ödemeli ise lütfen ödeme yapılacak KREDİ KARTI BİLGİLERİNİ içeren ekte yer alan (EK:1) formu eksiksiz olarak doldurup, başvuru formu ile birlikte iletiniz.

*TC kimlik numarası eksik olan başvurular işleme alınamayacaktır.

Lütfen başvuru formunun üçüncü sayfasında yer alan açıklamaları ve sigortalı beyan bölümünü dikkatlice okuduktan sonra imzalayınız.

Sözleşmenin kurulması sırasında ve sigortalının talep ettiği diğer durumlarda, sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak, sağlık beyan formundaki tüm sorulara tam ve doğru olarak cevap verilmelidir. Bu formda geçen beyanların gerçeğe aykırı ve eksik olması durumunda ve /veya beyan yükümlülüğünün yerine getirilmemesi halinde, Sağlık Sigortası Genel Şartları Ve Poliçe Özel Şartları uyarınca yanlış veya eksik beyanın tespit edildiği tarih itibarı ile sigorta sözleşmesi yeniden düzenlenecektir. Bu durumda beyan edilmemiş hastalığa ilişkin sebepsiz yere ödenen tazminatların sigorta şirketine iade edilmesi, sigortacı tarafından (Muafiyet, Ek Prim, Limit) sözleşme şartlarının yeniden belirlenmesi ve sigorta sözleşmesinin iptali söz konusu olabilir.

SAĞLIK BİLGİLERİ

(Lütfen aşağıda ki soruları sigorta kapsamına alınacak bireylerin tümü için yanıtlayınız.)

Aşağıda ki soruların herhangi biri için yanıtınız "EVET" ise hangi bireye ait olduğunu, teşhis, teşhis tarihi, uygulanan veya önerilen tedavi tarihi, kullanılan ilaçlar kurum ve doktor adını, son durumunu detaylı olarak açıklayınız. Elinizde bulunan doktor, ameliyat, epikriz raporları, test ve varsa patoloji sonuçlarının kopyalarını başvuru formuna ekleyiniz.

Sigortalı olarak talep edilen bireylerde daha önce geçirilmiş hastalık/rahatsızlık, ameliyat/kitle-tümör alımı var mı, herhangi bir şikayet ile tedavi görüldü mü?

Şu anda mevcut rahatsızlık, tıbbi tedavi var mı, ilaç kullanımı var mı,

doktora başvurulmamış olsa bile sağlık şikayeti var mıdır?..... EVET **X** HAYIR

Şu an hamile misiniz? (Bayanlar için)..... EVET HAYIR

Evet ise lütfen açıklama alanında detaylı bilgi vererek raporlarınızı iletiniz.

Açıklama: **13/09/2018 tarihinde Maltepe Medical Park kurumunda mide operasyonu geçirdim. Gastrointestinal endoskopi sonuçlarım ektedir.**

*Şirket bu başvuru formunu kabul etmek zorunda değildir. DEMİR SAĞLIK ve HAYAT SİGORTA A.Ş.'nin başvuru formunda ki beyanlara dayanarak işlem yapacağını ve formun kabulünün,DEMİR SAĞLIK ve HAYAT SİGORTA A.Ş. için hiç bir bağlayıcı kabul ve taahhüt anlamını taşımayacağını kabul ediyorum. Formun doldurulduğu tarih ile DEMİR SAĞLIK ve HAYAT SİGORTA A.Ş.'nin değerlendirme süreci ve/veya kabulü söz konusu ise sigorta sözleşmesi ve/veya poliçenin düzenlenmesi tarihi arasında geçen sürede oluşacak riskler ve/veya rahatsızlıklar için, DEMİR SAĞLIK ve HAYAT SİGORTA A.Ş.'nin tekrar değerlendirme ve poliçede değişiklik yapmak veya tümünden reddetmek hakkının saklı olduğunu kabul ve beyan ederim.

*Sigortalının ilk ya da daha sonraki başvuruları reddetme ya da uygun görüldüğü koşullarda kabul etme hakkı saklıdır.

*Sigorta şirketi tarafından Sağlık Sigortası Özel Şartlarında yapılacak değişiklikleri, Sigortalı/Sigorta Ettiren olarak iş bu başvuru ve bilgilendirme metni ile şimdiden kabul etmiştir. Söz konusu kabul, yenilenen poliçeler için de geçerli olacaktır.

*Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığında, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

Başvuru Formu, Bilgilendirme Metni, Sağlık Beyan Formu, Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartlarının her bir maddesini ve herbir sayfasını okuyarak Başvuru Formunu imzalamış olduğumu kabul ve beyan ederim. Bu Başvuru, Sağlık Beyan ve Bilgilendirme Metni'nin bir nüshası tarafıma teslim edilmiştir.tarafıma teslim edilmiştir.

Sigortalılar / Adı Soyadı**Tarih: O GÜNÜN TARİHİ
YAZILMALIDIR / ÖNEMLİDİR****Çalışan ISIM / SOYISIM****İmza İMZA****Eşi****İmza****1.Çocuk****İmza****2.Çocuk****İmza****3.Çocuk****İmza**

*Toplam 11 (on bir) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

• 18 yaş ve üzeri sigortalı adaylarının kendisi tarafından,

• 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

En az 2 (iki) nüsha olarak düzenlenen bu form, sigorta ettirene ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, sigorta sözleşmesi kapsamında genel bilgi vermek amacıyla 28.10.2007 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

İŞ BU FORM, TARAFLARCA İMZA EDİLMİŞ OLSA BİLE, BU FORM UYARINCA BİR SİGORTA SÖZLEŞMESİ YAPILMIŞ OLMADIĞI, TEK BAŞINA SÖZLEŞME ANLAMINA GELMEZ.

A-SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER:

Sözleşmeye aracılık eden Sigorta Acentesinin :
Ticaret Unvanı - Levha no :
Adresi :
Tel No :
Faks No :

Teminatı veren Sigortacının Ticaret Unvanı : **DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.**
Şirket Merkezi ve Adresi : Büyükdere Cad. Özsezen İş Merkezi 124/B
34394 Şişli / İSTANBUL
Tel No : +90 (212) - 288 68 51 pbx
Faks No : +90 (212) - 274 65 85
İç Anadolu Bölge Müdürlüğü : Ehlîbeyt Mahallesi, Ceyhun Atıf Kansu Caddesi
Başkent Plaza No:106 Kat:12/44 06000
Balgat - Çankaya / ANKARA
Tel No : +90 (312) - 466 02 80 pbx
Faks No : +90 (312) - 427 39 82
Mersis No : 0278006738500017
Web Sitesi : **demirsaglik.com.tr**
e-mail : **musterihizmetleri@demirsaglik.com.tr**

B-TEMİNATLAR

1) Sigorta poliçesi, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/ veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde, Sağlık Bakanlığınca ruhsat verilmiş her türlü özel veya resmi sağlık kuruluşunda yatarak ve/veya ayakta tedavisi için gerekli giderleri, var ise öngörülen gündelik tazminatları, sertifikada belirtilen teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda genel ve özel şartlar çerçevesinde teminat altında alır.

2) Sigorta poliçesi kapsamında verilen teminatlar genel olarak Yatarak veya Yatarak ve Ayakta tedavi teminatını içerir.Teminatlar, sigortalı katılım payları ve bekleme süreleri, seçilen planın özelliğine göre farklılaşabilmekte olup ek olarak hamilelik, doğum, yurtdışı yatarak ve ayakta, destek

Sigortalılar / Adı Soyadı					
Çalışan İSİM / SOYİSİM	İmza İMZA				
Eşi	İmza				
1.Çocuk	İmza	2.Çocuk	İmza	3.Çocuk	İmza

*Toplam 11 (on bir) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:
• 18 yaş ve üzeri sigortalı adaylarının kendisi tarafından,
• 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

ayakta tedavi teminatını da içerebilmektedir.

3) Teminatlar ve yenileme garantisi ile ilgili olarak daha ayrıntılı bilgi sahibi olmak açısından lütfen Poliçe Genel ve Özel Şartlarını dikkatli okuyunuz.

4) Poliçe Genel ve Özel Şartlarında belirtilenler dışında sigorta şirketinin kendi risk kabul esaslarına göre belli bir rahatsızlığı, hastalığı veya kazayı teminat dışında tutması mümkündür.

5) Tarafınıza teslim edilen tekliften ve poliçenizin hazırlanmasını müteakip sertifikanızdan ve özel şartlarınızdan teminatlarınızı okuyup kontrol ediniz.

6) Bu poliçede hastane gündelik tazminat veya, günlük iş görememezlik parası veya gündelik bakım parası gibi teminatlar bulunmamaktadır

C-GENEL BİLGİLER VE UYARILAR

1) Sigorta teminatları, sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden ve Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası veya geçici kimlik numarası sahibi gerçek kişiler için geçerlidir.

2) Sağlık Sigortaları 14 günlükten büyük bebekler ve 65 yaş altındaki kişileri teminat altına alır. Poliçe primi hesaplanırken kullanılan yaşlar, poliçe başlangıç tarihi baz alınarak hesaplanır. Yaş, bu tarih ile doğum tarihi farkının "gün/ay/yıl" olarak hesaplanması ile bulunur.

3) Kişi primleri, Sigortalının yaşı, cinsiyeti, sağlık enflasyonu, ikamet edilen il ve seçilen teminatlar dikkate alınarak hesaplanan standart tarife primine, varsa sigortalının sağlık riskine bağlı olarak öngörülen Sigortacının yürürlükteki Risk Kabul Değerlendirmesi uyarınca riziko ek primi ve/ veya kullanım ekprim/ indirimi uygulanarak oluşturulmaktadır.

4) Sigorta Ettiren/ Sigortalı adaylarının, Sigortacı tarafından verilecek formların eksiksiz ve doğru olarak doldurulması, şirketin sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek bütün halleri bildirmesi şarttır. Aksi takdirde tazminat hakkınız ortadan kalkabileceği gibi, sigortacı sözleşmeden cayabilir, poliçe şartlarında değişiklik isteyebilir, değişikliğin kabul edilmemesi halinde poliçenizi iptal edebilir.

5) Özel şartlar içerisinde; Genel şartlara ek olarak ,poliçe süresi içerisinde ödenmeyecek veya bekleme süresine tabi hastalıklar, poliçe süresi içerisinde çıkış veya poliçe iptali taleplerinde geçerli koşullar belirtilmiştir, lütfen poliçe özel şartlarınızı detaylı okuyunuz.

6) Sigorta poliçesi teslim edilmiş olsa bile sigorta priminin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmeden sigortacının sorumluluğu başlamaz.

7) Sigorta güvencesi, poliçede farklı bir ibare yok ise Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de sona erer.

Sigortalılar / Adı Soyadı					
Çalışan <u>İSİM / SOYİSİM</u>		İmza <u>İMZA</u>			
Eşi		İmza			
1.Çocuk	İmza	2.Çocuk	İmza	3.Çocuk	İmza

*Toplam 11 (on bir) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş ve üzeri sigortalı adaylarının kendisi tarafından,
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

8) Sigorta Ettiren sözleşme ile kararlaştırılan primi ödemekle yükümlüdür. TTK (Türk Ticaret Kanunu)nın 1431.ve 1434. maddeleri gereği Sigorta priminin taksitle ödenmesinin kararlaştırıldığı hallerde riziko gerçekleşince, ödenecek tazminata veya bedele ilişkin primlerin tümü muaccel olur. Sigortacı prim alacağını 1480'inci madde hükmü saklı kalmak üzere tazminattan veya bedelden düşebilir.

TTK. 1431'inci maddeye uygun olarak istenen sigorta primini ödemeyen sigorta ettiren mütemerrit olur. İlk taksiti veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı ödeme yapılmadığı sürece sözleşmeden yasal süre içerisinde cayabilir. Bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa haklı ihtar gönderilmişse sigortacı sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir

9) Yenileme başvurusu, sigorta sözleşmesinde belirtilen süreler içinde yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde yenileme hakkından söz edilemez.

10) İleride doğacak ihtilafları önlemek için prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız. (Kişisel katılımlı Kurumsal Poliçeler içindir) Sigorta için ödenen primler vergiden düşülebilir. Bu konuda sigortacınıza danışınız.

11) Yenileme Garantisi hak ve şartları için dahil olduğunuz grup sağlık sözleşmesi ve ek protokolü şartları esastır.Aksi belirtilmediği takdirde sözleşmede belirtilen Yenileme Garantisi, "Demir Hayat Yenileme Garantisi " teminatı olup Hazine Müsteşarlığı tarafından 23 Ekim 2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği kapsamında tanımlanmış olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi teminatını içermemektedir.

Demir Hayat Yenileme Garantisi ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi arasındaki fark olarak:Ömür Boyu Yenileme Garantisi teminatına sahip ferdi sigortalıda ödenen tazminatlar ile ödenen primin oranına bağlı olarak ek prim uygulanamaz Demir Hayat Yenileme Garantisine sahip ferdi sigortalıda ödenen tazminatlar ile ödenen primin oranına bağlı olarak ek prim uygulanır. Fark ferdi poliçeler için geçerlidir kurumsal sigortalıda geçerli değildir.

12) Başka sigorta şirketinden geçiş uygulaması ve kazanılmış hak transferi uygulaması, Yenileme Garantisi değerlendirmesi ve hakları Grup Sağlık Sigortası Sözleşmeniz ve/ veya ek protokolünüzde belirtilmektedir.

13) Yeni doğan bebek veya evlat edinilen küçükler; özel şartlarda yer alan süreler ve koşullarla sigortacının yazılı olarak kabulü ile sigorta kapsamına alınır

14) Sigorta şirketlerince risk değerlendirmesi yapılabilmesini teminen sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden, SGK'dan ve Sağlık Bakanlığında, bilgi ve belge temin edilmesine rıza göstermeyen sigortalılardan istenebilecek hekim görüşüne ilişkin masraflardan sigorta ettiren ve/veya sigortalı mesuldür.

Sigortalılar / Adı Soyadı					
Çalışan <u>İSİM / SOYİSİM</u>		İmza <u>İMZA</u>			
Eşi		İmza			
1.Çocuk	İmza	2.Çocuk	İmza	3.Çocuk	İmza

*Toplam 11 (on bir) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:
• 18 yaş ve üzeri sigortalı adaylarının kendisi tarafından,
• 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

15) T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından 30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” in uygulama esaslarına ilişkin hazırlanan 6 Temmuz 2011 tarih ve 2011/15 sayılı Genelge uyarınca; sigortalı/sigorta ettiren/lehtar/hak saahibi sıfatını haiz olduğunuz sigorta ilişkisinde tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermeniz durumunda, tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabileceği gibi 30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

16) Sigorta şirketinin sigorta mevzuatı kapsamında sigortalılara bilgilendirme yapabilmesi için sigortalılara ait adres, e-mail ve telefon bilgilerinin sigorta ettirence sigorta şirketine bildirilmiş olması gerekmektedir. Aksi takdirde Sigorta Ettiren, poliçe içerisinde sigortalı olan tüm kişilere, sigortalıma şartları, yenileme garantileri ve içeriklerine ilişkin bilgi vermek, bilgilendirme metnini ve sigorta sertifikalarını iletmek zorundadır. Sözleşmenin kişi bazında (sigorta ettiren talebi ile sigortalı çıkışı) veya topyekün yenilenmemesi halinde sigortalılara poliçe bitişini takip eden 5 gün içinde bilgilendirme yapmakla yükümlüdür. Sigortalılara ilişkin iletişim bilgilerinin sigortacıya verilmemesi halinde sigorta ettirene yapılan tüm bilgilendirmeler sigortalıya yapılmış kabul edilir ve sigorta mevzuatı nedeniyle bilgilendirme eksikliğinden kaynaklı sigortalıların uğrayabileceği zararlardan sigorta şirketi sorumlu tutulamaz.

17) Sistemimizde mevcut olan kimlik, adres, telefon vb. bilgilerinizdeki değişiklikleri size daha rahat ulaşabilmemiz için lütfen, Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. adresine, 0212-274 65 85 no’lu faksımıza ve Müşteri Hizmetleri mail adresine yazılı olarak gönderebilirsiniz yada Müşteri Hizmetleri hattımı arayarak bildirebilirsiniz. Aksi taktirde Şirketimizde kayıtlı adresinize yapılmış tebligatlar geçerli olacaktır.

18) Sigortalandıktan sonra www.demirsaglik.com.tr adresinden alabileceğiniz kullanıcı adı ve şifreniz ile poliçeniz hakkında detaylı bilgiye ulaşabilirsiniz.

19) Poliçenizin tanzimini takiben Sigortalı Sertifikası tarafınıza iletilecektir. Anlaşmalı kurumlarımızın güncel listesi için www.demirsaglik.com.tr adresimizi ziyaret edebilir ya da 0850 252 04 04 no’lu telefondan Müşteri Hizmetleri birimize ulaşabilirsiniz

20) Ferdi Kaza Ek teminatı var ise Banka ve Sigorta Muameleleri Vergisi, Ferdi Kaza teminatı primi üzerinden %5 olarak tahsil edilecektir. Lütfen Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartlarını dikkatlice okuyunuz.

21) Taraplardan birinin borçlarını ödeyememesi, zorunlu veya isteyerek tasfiyeye girmesi, konkordato ilan etmesi veya yönetiminin kayyuma devredilmesi, işini herhangi bir nedenden terk etmesi veya bun-

Sigortalılar / Adı Soyadı					
Çalışan <u>İSİM / SOYİSİM</u>		İmza <u>İMZA</u>			
Eşi		İmza			
1.Çocuk	İmza	2.Çocuk	İmza	3.Çocuk	İmza

*Toplam 11 (on bir) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş ve üzeri sigortalı adaylarının kendisi tarafından,
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

lara benzer hareketleri ile borçlarını ödeyemeyeceği izlenimini vermesi, sözleşme süresi içinde iflas etmesi, faaliyetlerini tatil etmesi veya borçlarını ödemedede acze düşmesi, sözleşmenin devamını imkansızlaştıracak mahiyette mahkum olması hallerinde sigorta sözleşmesi kendiliğinden münfesh olur. bu nedenle yapılan fesihlerde fesih tarihine kadar ödenen tazminatın tahsilattan fazla olması halinde tüm prim muaccel olur.

D-İPTAL VE CAYMA HAKKI

Poliçe özel şartları içerisinde Poliçe süresi içerisinde çıkış veya vefat durumu ve poliçe iptali taleplerinde geçerli koşullar detaylı açıklanmıştır.

Sigorta ettiren ve sigortalı, sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk otuz gün içerisinde iptal talebinde bulunursa ve bu süre içerisinde sigortalılara veya adına herhangi bir tazminat ödenmemişse, ödenen primler beş iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir. Sonraki günlerde yapılan iptal talebi üzerine şirketin hak etmediği prim sözleşme özel şartlarına göre aynı süre içerisinde iade edilir.

E-TAZMİNAT ÖDEMELERİ

1) Sigorta ettiren rizikonun gerçekleştiğini öğrenince durumu gecikmeksizin sigortacıya bildirir. Rizikonun gerçekleştiğine ilişkin bildirim yapılmaması veya geç yapılması, ödenecek tazminatta veya bedelde artışa neden olmuşsa, kusurun ağırlığına göre tazminattan veya bedelden indirim yoluna gidilir.

2) Sigorta şirketi, özel şartlarda istenilen belgelere ek olarak talep edeceği tüm belgelerin kendisine teslimini takiben muafiyet limitini aşan tazminat talebini işleme alır sigorta özel ve genel şartları dahilinde değerlendirerek tüm işlemlerin tamamlanmasını takip eden 15 işgünü içinde tazminatı sigortalıya öder.

3) Anlaşmalı kurumlarımızda, gerçekleşen tazminat taleplerinizde kuruma direkt ödeme garantisi verilebilmesi için kurum tarafından mutlaka provizyon alınması gerekmektedir.

4) Anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen tazminat başvurunuz için gereken bilgi ve belgelere Poliçenize ait Sağlık Sigortası Özel ve Genel Şartlarınızdan ulaşabilirsiniz. Anlaşmalı kurumlarımızın güncel listesi için www.demirsaglik.com.tr adresimizi ziyaret edebilir ya da 0850 252 04 04 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri birimize ulaşabilirsiniz

F- ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ:

Gerek sigorta sözleşmesinin müzakeresi ve kurulması sırasında gerekse sözleşmenin geçerli olduğu süre içinde sigorta poliçenize ilişkin her türlü bilgi talebi ile şikayetler içi yukarıda yazılı adres ve telefonlara da başvuruda bulunabilirsiniz. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 (on beş) iş günü içinde talepleri cevaplamak zorundadır.

G-DİĞER BİLGİLER

Sigorta Şirketi; Tahkim sistemine üyedir.

Sigortalılar / Adı Soyadı					
Çalışan <u>İSİM / SOYİSİM</u>		İmza <u>İMZA</u>			
Eşi		İmza			
1.Çocuk	İmza	2.Çocuk	İmza	3.Çocuk	İmza

*Toplam 11 (on bir) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş ve üzeri sigortalı adaylarının kendisi tarafından,
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

H- İLETİŞİM İZİNLERİ HAKKINDA ONAY

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. ve acenteleri tarafından doğrudan ya da SMS, resim, animasyon, kısa mesaj, multimedya nesnelere içeren MMS, telefon, faks, otomatik arama makineleri, elektronik posta ve benzeri kanallardan iletilecek veri, ses ve görüntü içerikli bilgilendirme, tanıtım ve pazarlama iletilerinin tarafıma gönderilmesini, dilediğim zaman tamamen veya ürün ve kanal bazında veri, ses, görüntü vb. her türlü ileti gönderimini reddetme hakkını haiz olduğumu bildiğimi kabul ve beyan ederim.

I-KİŞİSEL VERİLERİNİN İŞLENMESİNE İLİŞKİN BİLGİLENDİRME VE AÇIK RIZA BEYANI

1. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Hakkında Genel Bilgilendirme

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (bundan sonra "KVKK" olarak anılacaktır) 07 Nisan 2016 tarihli 29677 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır.

2. Veri Sorumlusu Sıfatıyla Bilgilendirme

• Şirketimiz veri sorumlusu olarak Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Anonim Şirketi unvanı ile kişisel verilerinizi ve özel nitelikli kişisel verilerinizi, KVKK kapsamında mevzuatın gerektirdiği ölçüde ve aşağıda açıkladığımız çerçevede işleyebilecek, kaydedebilecek, saklayabilecek, sınıflandırabilecek, güncelleyebilecek ve işleneceği amaç için geçerli olan durumlarda 3. kişilere açıklayabilecek / aktarabilecektir.

• Şirketimiz 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu ve 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu başta olmak üzere tüm ulusal ve uluslararası mevzuat kapsamında sağlık sigortacılığı ve hayat sigortacılığı ürün ve hizmetlerini sunabilmek, sigortacılık faaliyeti kapsamında yükümlülüklerini yerine getirebilmek ve gerekli işlemlerin tesis edilmesi, yürütülmesi ve geliştirilmesini sağlamak, kurulacak ve kurulmuş olan sigorta sözleşmelerinin gereğinin yerine getirilmesi; gerçekleştirilecek her türlü iş ve işlemin sahibini ve ilgisini belirlemek üzere bilgilerini tespit etmek için kimlik, iletişim, adres ve sağlık verileri dahil tüm gerekli bilgileri kaydetmek, fiziki veya elektronik ortamda gerçekleştirilebilecek iş ve işlemlere dayanak olacak tüm kayıt ve belgeleri tanzim etmek, ulusal ve uluslararası mevzuat uyarınca adli ve idari tüm yetkili mercilerce (Hazine ve Maliye Bakanlığı, Mali Suçları Araştırma Kurulu ("MASAK"), Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi ("SBGM"), Adli Merciler gibi) öngörülen bilgi saklama, raporlama ve bilgilendirme yükümlülüklerini yerine getirmek ve meşru menfaatleri kapsamında güvenliği sağlamak amaçlarıyla kişisel verileriniz ve özel nitelikli kişisel verileriniz işlenmektedir. Şirketimizce sigorta poliçesi tanzimi öncesinde ve sözleşmenin kurulması sonrasında yükümlülüklerini yerine getirmek ve tazminat ödemeleri kapsamında, gerek risk ölçümü yapabilmek, gerekse tazminat taleplerini değerlendirebilmek için sigorta sözleşmesi tarafının/sigortalının/sigorta sözleşmesi kapsamında hak sahibinin kişisel verileri, sağlığıyla ilgili özel nitelikli kişisel verilerinin işlenmesi gereklidir. Şirketimiz, kendisinin, sigorta ettirenin, sigortalı ile sigorta sözleşmesi kapsamında hak sahiplerinin haklarını kullanabilmelerini ve meşru menfaatlerini korumalarını teminen sigorta ettirenin/sigortalının/hak sahiplerinin sağlığıyla ilgili kişisel verilerini elde etmek, değerlendirmek, acente-leri, brokerleri başta olmak üzere aracılı ile reasürörleri, iş ortakları, asistans firmaları, anlaşmalı kurumları ve başta destek hizmeti olmak üzere hizmet aldığı 3. şahıslarla paylaşmak ve mevzuatın izin verdiği süre boyunca kişisel verileri saklamak zorundadır. Sağlık bilgileri, KVKK'nın amir hükümleri ile Şirketimizin Veri Koruma Politikasına uygun olarak sigortacılık faaliyetlerimizi yerine getirmek üzere kısmen, otomatik veya otomatik olmayan yollarla fiziki veya elektronik ortamlarda işlenmektedir. Şirketimizce kişisel verileriniz ve/veya özel nitelikli kişisel verilerinize ilişkin açık rızalarınız; işbu sözleşme ile tarafımızca veya Genel Müdürlük/Bölge

Sigortalılar / Adı Soyadı					
Çalışan <u>İSİM / SOYİSİM</u>		İmza <u>İMZA</u>			
Eşi		İmza			
1.Çocuk	İmza	2.Çocuk	İmza	3.Çocuk	İmza

*Toplam 11 (on bir) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş ve üzeri sigortalı adaylarının kendisi tarafından,
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

Müdürlüğü çalışanları tarafından, acentelerimiz, brokerlerimiz, internet sitemiz, internet uygulamalarımız ve çağrı merkezimiz tarafından sizlerin tercihlerine göre sözlü, yazılı veya elektronik ortamda toplanacaktır.

• 6563 sayılı Elektronik Ticaretin Düzenlenmesi Hakkında Kanun, 6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun ile bu düzenlemelere dayanak yapılarak hazırlanan 26.08.2015 tarihli 29457 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Elektronik Ticarete Hizmet Sağlayıcı ve Aracı Hizmet Sağlayıcılar Hakkında Yönetmelik, 27.11.2014 tarihli ve 29188 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Mesafeli Sözleşmeler Yönetmeliği ve diğer ilgili mevzuat kapsamında işlem sahibinin bilgilerini tespit için kimlik, iletişim, adres ve diğer gerekli bilgiler kaydedilmek suretiyle işlenmektedir.

• Şirketimize ilettiğiniz kişisel verileriniz ve özel nitelikli kişisel verileriniz ihtiyaçlarınız ve talepleriniz doğrultusunda size uygun ürün, teklif, avantaj veya kampanyalardan yararlanabilmeniz, satış da dahil olmak üzere, bilgilendirme yapılması ve tarafınızla her türlü iletişimin sağlanması amacıyla işlenmekte ve bu doğrultuda kişisel bilgilerinizin, Şirket ve Şirket adına hizmet verenler, acenteleri ve brokerları tarafından, doğrudan ya da SMS, resim, animasyon, kısa mesaj, multimedya nesnelere içeren MMS, telefon, faks, otomatik arama makineleri, elektronik posta ve benzeri iletişim kanallarından iletilecek veri, ses ve görüntü içerikli bilgilendirme, tanıtım ve pazarlama iletilerinin tarafınıza gönderilmesi kapsamında kişisel verileriniz ve özel nitelikli kişisel verileriniz işlenmektedir.

• Bankacılık ve Elektronik Ödeme alanında zorunlu olan ödeme sistemleri, elektronik sözleşme veya kağıt ortamında işleme dayanak olacak tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek; mevzuat gereği ve diğer otoritelerce öngörülen bilgi saklama, depolama, raporlama, bilgilendirme yapmak veri sorumlusunun yükümlülüğündedir.

3. Kişisel Verilerinizin Paylaşılma Amaçları Ve Aktarılan Yerler

Şirketimiz ile paylaştığınız kişisel verileriniz ve özel nitelikli kişisel verileriniz,

• Sigorta sözleşmesiyle üstlenilen yükümlülükleri yerine getirebilmek için iş ortaklarımızla, reasürörlerimizle, sözleşmeli avukatlarımızla, başta destek hizmeti olmak üzere hizmet alınan firmalarla, acentelerimiz ve brokerlerimizle,

• Sağlıkla ilgili özel nitelikli kişisel verileriniz ile kişisel verileriniz, poliçe yapılması aşamasında sigortalı adayının sağlık durumu konusunda uzman görüşü veren, değerlendirme yapan kişi ve kuruluşlarla,

• Tazminat başvurularında ise, yurt içinde ya da yurt dışında yapılacak sağlık işlemini inceleyerek onay veren provizyon hizmet kuruluşlarıyla,

• Özürlülük ve çalışma gücü kaybı seviyelerini içeren raporları değerlendiren ya da belirleyen kuruluşlarla,

• Sağlık konusunda asistans hizmeti veren 3.kişilerle ve diğer anlaşmalı kuruluşlarla,

• Resürans Anlaşmaları kapsamında yurtdışında bulunan (Kişisel Veriler Kurulu tarafından akredite edilen ve kişisel verilerin korunması hususunda yeterli korumanın bulunduğu ülkelere) hizmet aracıları ve reasürörler ile,

• Vefat ve maluliyet söz konusu ise aktüeryal hesaplama yapmak üzere aktüerlerle,

• Kargo şirketleri gibi sunulan hizmetler ile ilgili kişi ve kuruluşlarla, ve diğer sigorta şirketleri ile

• Faaliyetlerimizi yürütmek üzere ve/veya Veri İşleyen sıfatı ile hizmet alınan, iş birliği yaptığımız program ortağı kuruluşları, yurtiçi / yurtdışı kuruluşlarla

• Ulusal ve uluslararası mevzuat uyarınca adli ve idari tüm yetkili mercilerce (Hazine ve Maliye Bakanlığı, MASAK, SBGM, Adli Merciler gibi) talep edilen hususların yerine getirilmesi ve meşru menfaatleri sağlamak amacıyla ilgili merciler, kurum ve kuruluşlarla paylaşılmaktadır.

Sigortalılar / Adı Soyadı					
Çalışan <u>İSİM / SOYİSİM</u>		İmza <u>İMZA</u>			
Eşi		İmza			
1.Çocuk	İmza	2.Çocuk	İmza	3.Çocuk	İmza

*Toplam 11 (on bir) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

• 18 yaş ve üzeri sigortalı adaylarının kendisi tarafından,

• 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

4. KVKK Uyarınca Kişisel Veri Sahibinin Hakları

Kişisel Veri Sahibi, Şirketimize başvurarak kendisiyle ilgili;

- Kişisel veri ve özel nitelikli kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verileri ve özel nitelikli kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel verilerin ve özel nitelikli kişisel verilerin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin ve özel nitelikli kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- Kişisel verilerin ve özel nitelikli kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,
- KVKK' nın 7. maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerin ve özel nitelikli kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- Kişisel verilerin düzeltilmesi, silinmesi, yok edilmesi halinde bu işlemlerin, kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere de bildirilmesini isteme,
- İşlenen verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle kişinin kendisi aleyhine bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- Kişisel verilerin ve özel nitelikli kişisel verilerin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğraması hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahiptir.
- Kişisel Veri Sahipleri, sorularını, görüşlerini veya taleplerini Bilgilendirme Metni ve Şirketin resmi internet sitesinde belirtilen iletişim kanallarından herhangi biri ile Şirketimize yöneltbilir.

5. Açık Rıza

- Güncel ve geçmiş sağlık verilerim başta olmak üzere özel nitelikli kişisel verilerim ile kişisel verilerimin Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. tarafından işlenmesine, yukarıda açıklanan koşullarda kamu veya özel tüm sağlık hizmeti sunucularından elde edilmesine bu bilgi ve belgelerin Şirketiniz veri kayıt sistemlerine kaydedilmesine ve bu sistemlerde sınıflandırılarak mevzuatın öngördüğü süre boyunca saklanmasına ve depo edilmesine, işbu Bilgilendirme ve Açık Rıza metninde belirtilen kişi, kurum ve kuruluşlara aktarılmasına, mevzuattan kaynaklanan yükümlülüklerle istinaden Hazine ve Maliye Bakanlığı , SBGM, MASAK başta olmak üzere her türlü düzenleyici ve denetleyici kamu / özel kurum ve kuruluşları ile yargı mercilerine açıklanmasına ve aktarılmasına

Açıkça rıza veriyorum.

SİGORTA ETTİREN/ SİGORTALI SIFATIYLA BAŞVURU FORMU VE BİLGİLENDİRME METNİ İLE SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI, POLİÇE ÖZEL ŞARTLARI İLE KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU HAKKINDAKİ BİLGİLENDİRMEYİ AYRI AYRI OKUYARAK VE ANLAYARAK İMZALAMIŞ OLDUĞUMU KABUL VE BEYAN EDERİM. BU BİLGİLENDİRME METNİNİN VE EKİNDE BAŞVURU FORMUNUN BİR NÜSHASI TARAFIMA TESLİM EDİLMİŞTİR.

Sigortalılar / Adı Soyadı		Tarih: <u>O GÜNÜN TARİHİ</u> <u>YAZILMALIDIR / ÖNEMLİDİR</u>	
Çalışan <u>İSİM / SOYİSİM</u>	İmza <u>İMZA</u>		
Eşi	İmza		
1.Çocuk	İmza	2.Çocuk	İmza
		3.Çocuk	İmza

*Toplam 11 (on bir) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş ve üzeri sigortalı adaylarının kendisi tarafından,
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

- *Toplam 11 (on bir) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:
- 18 yaş ve üzeri sigortalı adaylarının kendisi tarafından,
 - 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.