

Sayın Yetkili

..... grubu bünyesinde sigorta teminat kapsamına alınacak kişiler için aşağıda miktarları belirtilen sigorta poliçe primlerinin ve sonraki yıllarda poliçelerin yenilenmesi ile değişecek poliçe primlerinin, aksine dair tarafımda yazılı bir talimat verilmediği sürece aşağıda bilgileri bulunan kredi kartımdan tahsil edilmesi konusunda yardımınızı rica ederim.

**KREDİ KARTI
SAHİBİNİN BİLGİLERİ**

Kredi Kartı Sahibinin;
Adı Soyadı Ünvanı : Banka Adı :
Kart Numarası : CVV No :
Son Kullanma Tarihi : / /

**SİGORTA TEMİNATINA
ALINACAK KİŞİLER**

Ad / Soyad	T.C. Kimlik No	Seçilen Plan	Prim	Cep No	E-mail
PERSONEL :
EŞ :
ÇOCUK :
ÇOCUK :

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

DEMİR SAĞLIK ve HAYAT SİGORTA A.Ş. tarafından bu başvuru formu ile belirlenen ve yenilenmesi halinde yenilenen poliçelerin peşinat, izleyen ayların ödeme planına uygun olarak vadesinde ödenmesi gereken primlerin yukarıda belirttiğim kredi kartı hesabımdan yeni bir talimatla durdurulmasını bildirmedim sürece tahsil edilmesi konusunda şirketinize yetki veriyor; kartımın kapanması, son kullanım tarihi ve kart numarasının değişmesi halinde değişikliği en kısa zamanda tarafınıza bildireceğimi, bildirimde bulunmamamdan dolayı oluşacak temerrüt hükümlerini kabul ettiğimi beyan ediyorum.

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.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) çerçevesinde Sigortalının risk ve tazminat değerlendirmesi yapabilmesini, sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülüklerini yerine getirebilmesini teminen; sağlık sigorta sözleşmesinin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirilmesi, tazminat ödemesi v.b.) ilgilendiren bütün konularda, sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden, Sosyal Güvenlik Kurumundan ve Sağlık Bakanlığında sigorta şirket(ler)i ve/veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, Kişisel bilgilerin öğrenilebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dahil), işlenmesine, kaydedilmesine ve/veya kanunen belirlenmiş 3. kişi ve kurumlarla paylaşılmasına, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmeleri görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde şahsım için toplayacağı her türlü bilgi ve belgenin paylaşılmasına, şahsıma ait bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerine görüntülenebilmesine, muvafakat ettiğimi ve tüm bu hususlarda bilgi ve belge temin edebilmesi bakımından Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'ye yetki verdiğimi, kabul ve beyan ederim.

Kişisel Verilerin Korunmasına dair kanunun gereği, Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. tarafından toplanan, işlenen, kaydedilen ve gerek kanunen belirlenmiş ve gerekse risk değerlendirilmesi amacıyla diğer sigorta şirketleri ile paylaşılacak kişisel verilerimin, sigorta sözleşmesi ilişkisinin bitmesini takiben silineceği, veya anonim hale getirileceği; gene aynı kanun çerçevesinde kişisel verilerimin hangi kapsamda kaydedilip işlendiği ve hangi kurum ve kuruluşlarla paylaşıldığına dair bilgi alabileceğim, silinmesini talep edebileceğim, veya otomatik değerlendirme sonucu olumsuz çıkabilecek bir karara itiraz edebileceğim Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. personelinin sır saklama yükümlülüğü olduğu tarafımda bilinmektedir.

Saygılarımla,

Kredi Kartı Sahibinin;
Adı Soyadı
İmza / Kaşe
Tarih:...../...../.....