

DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.
KİŞİSEL VE ÖZEL NİTELİKLİ VERİ SORGULAMASI
BAŞVURU FORMU

GENEL AÇIKLAMALAR

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("KVK Kanunu") ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine ("Bundan sonra "Başvuru Sahibi" olarak anılacaktır), KVK Kanunu'un 11'inci maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin birtakım taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır.

KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesinin birinci fıkrası uyarınca; veri sorumlusu olan Şirketimize bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu ("Kurul") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Bu çerçevede "yazılı" olarak Şirketimize yapılacak başvurular, işbu formun çıktısı alınarak;

- Başvuru Sahibi'nin şahsen başvurusu ile,
- Noter vasıtasıyla,
- İadeli taahhütlü posta aracılığı ile tarafımıza iletilebilecektir.

Aşağıda, yazılı başvuruların ne şekilde tarafımıza ulaştırılacağına ilişkin yazılı başvuru kanalları özelinde bilgiler verilmektedir.

Başvuru Yöntemi	Başvurunun Yapılacağı Adres	Başvuru Gönderiminde Belirtilecek Bilgi
Şahsen Başvuru (Başvuru sahibinin bizzat gelerek kimliğini tevsik edici belge ile başvurusu)	Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. Genel Müdürlüğü ; Büyükdere Cad. Özsezen İş Merkezi 124 / B Kat :8 34394 Esentepe / İSTANBUL	Zarfin üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.
Noter vasıtasıyla tebligat	Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. Genel Müdürlüğü ; Büyükdere Cad. Özsezen İş Merkezi 124 / B Kat :8 34394 Esentepe / İSTANBUL	Tebliğat zarfına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.
İadeli taahhütlü posta aracılığı ile	Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. Genel Müdürlüğü ; Büyükdere Cad. Özsezen İş Merkezi 124 / B Kat :8 34394 Esentepe / İSTANBUL	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.

Ayrıca, Kurul'un belirleyeceği diğer yöntemler duyurulduktan sonra bu yöntemler üzerinden de başvuruların ne şekilde alınacağı Şirketimizce duyurulacaktır.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesinin 2'inci fıkrası gereğince, eksiksiz olarak talebin bizlere ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içinde yanıtlanacaktır. Yanıtlarımız ilgili KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır.

A. Başvuru Sahibi iletişim bilgileri:

İsim:	
Soy isim:	
TC Kimlik Numarası:	
Telefon Numarası:	
E-posta: (Belirtmeniz halinde size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)	
Adres:	

B. Lütfen Şirketimiz ile olan ilişkinizi belirtiniz. (Müşteri, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı, hissedar gibi)

<input type="checkbox"/> Bireysel Sigortalı	<input type="checkbox"/> İş ortağı
<input type="checkbox"/> Grup Sigortalısı	<input type="checkbox"/> Ziyaretçi
	<input checked="" type="checkbox"/> Diğer:

<input type="checkbox"/> Eski Çalışanım Çalıştığım Yıllar : <input type="checkbox"/> Diğer:	<input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım Tarih : <input type="checkbox"/> Üçüncü Kişi Firma Çalışanıyım Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz
---	---

C. Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D. Lütfen başvurunuzun şahsınıza ait olup olmadığına teyit edilmesi amacıyla başvurunuzla ilişik olarak ibraz etmeniz gereken ek belgeler ile başvurunuzu tamamlayınız. Ek bilgi belge sunumunuzdaki bir eksiklik başvurunuzun işleme alınmasını engelleyecektir.

Kimlik Tespiti için ibraz etmeniz gereken ek dokümanlar ;

- Bireysel sigortalıların kimlik tespiti için; TC kimlik, pasaport, mavi kart, ehliyet fotokopi nüshalarından biri ve adres teyit belgesi (son üç ayda adınıza düzenlenmiş fatura, resmi kurumlardan alınmış ikametgah, E-Devlet adres belgesi nüshalarından biri),
- İşveren Grup (işverenlerin ödediği poliçeler için) sigortalılarının kimlik tespiti için; işverenden sigortalının ilgili şirkette çalıştığına dair alınmış ıslak imzalı yazı ve bireysel sigortalılardan talep edilen teyit belgeleri,

İş bu formun ekinde Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. ile paylaşılmalıdır.

İşbu başvuru formu, Şirketimiz ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Şirketimiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için yukarıda D bendinde talep edilen ek evrakın tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Şirketimiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi)

Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi :

İmza :