

*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
Şirket Merkezi ve Adresi

: **DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.**
: Büyükdere Cad. Özsezen İş Merkezi 124/B 34394
: Şişli / İSTANBUL
: 0278006738500017
: **demirsaglik.com.tr**
: 0212-288 68 51 pbx
: 0212-274 65 85
: musterihizmetleri@demirsaglik.com.tr

**SATIŞ KANALI
BİLGİLERİ**

Aracı Unvanı :
Aracı Levha No :
Teknik Personel Ad Soyad / No :
Satış Tem. Ad Soyad / No :

**POLİÇE
BİLGİLERİ**

Polİçe Başlangıç Tarihi : / /

Polİçe Bitiş Tarihi : / /

SİGORTA ETTİREN

Gerçek Kişi : ☐
Ad Soyad / Unvan :
Vergi Dairesi / Vergi No :
Cinsiyet :
Meslek :
Doğ. Tarihi (Gün/Ay/Yıl) : / /
*TC Kimlik No / VKN :
*Gerçek kişilerde TCKN zorunludur.
Uyruk :

Tüzel Kişi : ☐

Kadın ☐

Erkek ☐

Yazışma Adresi / İletişim Bilgileri

İş Tel. : 0 ()
GSM : 0 ()
İl :
Adres :

Ev Tel. : 0 ()
E Posta :@.....
İlçe :

Sigortalılar / Adı Soyadı		Sigorta Ettiren	Aracı Kurum	Sigortacı
Kendisi	İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza	Yetkili Kaşe / İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş. 
Eşi	İmza			
1.Çocuk	İmza			
2.Çocuk	İmza			

*Toplam 13 (on üç) 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.

Sigortalı Adayı	Kendisi	Eşi	1. Çocuğu	2. Çocuğu
Adı				
Soyadı				
Kimlik No				
Uyruk	☐ T.C. ☐ Diğer....	☐ T.C. ☐ Diğer....	☐ T.C. ☐ Diğer....	☐ T.C. ☐ Diğer....
Doğum Tarihi	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....
Cinsiyet	☐ Kadın ☐ Erkek	☐ Kadın ☐ Erkek	☐ Kadın ☐ Erkek	☐ Kadın ☐ Erkek
Boy (cm)				
Kilo (kg)				
Meslek				

TEMİNAT DETAYI

Seçilen Plan				
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	Sigorta Ettiren	Aracı Kurum	Sigortacı
Kendisi İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza	Yetkili Kaşe / İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.
Eşi İmza			
1.Çocuk İmza			
2.Çocuk İmza			

- *Toplam 13 (on üç) 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.

**HESAP
BİLGİLERİ**

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

Ad, Soyad: IBAN:

**POLİÇE PRİMİ VE
ÖDEME ŞEKLİ**

Toplam Poliçe Primi (TL) (B.S.M.V. Dahil) :
Prim Ödeme Başlangıç Tarihi : / /
Kart Sahibi Ad Soyad :
Kart No :
Son Kullanma Tarihi : / / CVV :
Peşin ☐ 5 Eşit Taksit (S) ☐ 5 Eşit Taksit (Mail order/Havale) ☐
9 Eşit Taksit (S) ☐ 9 Eşit Taksit (Mail order/Havale) ☐

* S (Taksitli blokeli satış olup, kredi kartının sanal pos ve mail order kullanımına açık olması gerekmektedir.)
Vadeler ilk çekilen taksiti takip eden aylar şeklinde düzenlenmektedir. Havale ödeme seçeneği tercih edilmiş olması halinde ödemelerin Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. nam ve hesabına yapılması zorunludur.

Açıklama:

BEYAN

Son bir yıl içinde Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. den ödeme talep etmediğiniz sağlık sorununuz oldu mu? Herhangi bir nedenle hastaneye yattınız mı, doktora başvurduğunuz mu? Bir hastalık tanısı kondu ve/veya tedavi önerildi mi? Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı? Kist, tümör aldırınız veya biyopsi yaptırdınız mı, Tomografi, MR, anjiyografi, endoskopik inceleme yapıldı veya önerildi mi?.....**EVET** ☐ **HAYIR** ☐

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

Evet ise lütfen açıklama alanında detaylı bilgi vererek raporlarınızı iletiniz.

Açıklama:

Sigorta Ettiren Beyan

*Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. tarafından bu Başvuru Formu ile belirlenen ve yenilenmesi halinde yenilenen poliçelerin peşinatının, izleyen ayların ödeme planına uygun olarak vadesinde ödenmesi gereken primlerin, yukarıda belirttiğim kredi kartı hesabımdan (yeni bir talimatla durdurulmasını belirtmediğim sürece) tahsil edilmesi konusunda şirketinize yetki veriyor kartımın kapanması, son kullanım tarihi ve kart numaramın değişmesi halinde, değişikliği en kısa zamanda tarafınıza bildireceğimi, bildirimde bulunmamamdan dolayı oluşacak temerrüt hükümlerini kabul ettiğimi beyan ediyorum.

*Yukarıda hesaplanmış primlerin aile bireylerinin aynı poliçe kapsamında sigortalandığı varsayımı ile hazırlandığını, başvuru formu, beyan formu, ekli belgeler, raporlar sağlık kuruluşları veya eski sigorta şirketinden gelen bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda prim ve poliçe şartlarının değişebileceğini biliyorum.

*Sigorta ettiren tüzel kişi ise kaşe gereklidir.

Tarih:...../...../.....

Sigortalılar / Adı Soyadı		Sigorta Ettiren	Aracı Kurum	Sigortacı
Kendisi	İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza	Yetkili Kaşe / İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş. 
Eşi	İmza			
1.Çocuk	İmza			
2.Çocuk	İmza			

*Toplam 13 (on üç) 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 ebeveynlerinden bir tanesi 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 OLMADIKÇA, 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 :
Şirket Merkezi ve Adresi :

Tel No :
Faks No :
İç Anadolu Bölge Müdürlüğü :

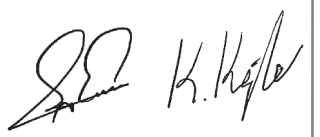
Tel No :
Faks No :
Mersis No :
Web Sitesi :
e-mail :

DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.
Büyükdere Cad. Özsezen İş Merkezi 124/B
34394 Şişli / İSTANBUL
+90 (212) - 288 68 51 pbx
+90 (212) - 274 65 85
Ehlibeyt Mahallesi, Ceyhun Atıf Kansu Caddesi
Başkent Plaza No:106 Kat:12/44 06000
Balgat - Çankaya / ANKARA
+90 (312) - 466 02 80 pbx
+90 (312) - 427 39 82
0278006738500017
demirsaglik.com.tr
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, gündelik tazminatları, sertifikada belirtilen teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda Sağlık Sigortası Genel ve Poliçe 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

Sigortalılar / Adı Soyadı		Sigorta Ettiren	Aracı Kurum	Sigortacı
Kendisi	İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza	Yetkili Kaşe / İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş. 
Eşi	İmza			
1.Çocuk	İmza			
2.Çocuk	İmza			

*Toplam 13 (on üç) 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.

özelliğine göre farklılaşabilmekte olup ek olarak hamilelik ve doğum, yurtdışı yatarak ve ayakta, teminatını da içerebilmektedir.

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

4) **Sağlık Sigortası Genel ve Poliçe Özel Şartlarında belirtilenler dışında Sigortacının 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 Poliçe Özel Şartlarınızdan teminatlarınızı okuyup kontrol ediniz.

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 ürüne bağlı olarak değişen şekilde 60 yaş ve 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 hesaplanma-sı ile bulunur. Hesaplama kişinin en yakın yaşı dikkate alınarak ilgili tarife primi uygulanır.

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. Tarife primleri bir önceki döneme göre SES ve Gökkuşluğu ve Demir Özel Sağlık Sigortası poliçelerinde maksimum %100 (yüzdeyüz) arttırılabilir. Yenileme döneminde sigortalının primi, aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bir kişinin standart tarife priminin en fazla üç katına kadar artabilir.

4) Sigorta sözleşmesi için sigorta ettiren/sigortalı adayı tarafından doldurulan başvuru formunun eksiksiz ve doğru cevaplandırılarak doldurulması gerekmektedir. Gerek sigorta ettiren gerekse sigortalı adayı kendisince bilinen ve sigortacının bilmesi gereken hususları sigortacıya bildirmekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğün ihlali halinde sigortacı sözleşmeden cayabilir ya da istisna, limit, ek prim almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutabilir. Bu nedenle sigortacıya sözleşmenin her aşamasında 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu ve Sağlık Sigortası Genel Şartları uyarınca eksik veya yanlış bilgi verilmemelidir.

5) Poliçe Özel Şartlar içerisinde; Sağlık Sigortası Genel şartlara ek olarak, poliçe süresi içerisinde **ödenmeyecek veya bekleme süresine tabi hastalıklar**, Poliçe süresi içerisinde çıkış veya poliçe iptali taleplerinde geçerli koşullar ve Yenileme döneminde uygulanabilecek Hasar kullanımına göre hasarsızlık indirim veya ekprim uygulaması 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.

Sigortalılar / Adı Soyadı		Sigorta Ettiren	Aracı Kurum	Sigortacı
Kendisi	İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza	Yetkili Kaşe / İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş. 
Eşi	İmza			
1.Çocuk	İmza			
2.Çocuk	İmza			

*Toplam 13 (on üç) 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.

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.

8) Sigorta ettiren sözleşme ile kararlaştırılan primi ödemekle yükümlüdür. 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun ("TTK") 1431. maddesi gereği sigorta priminin taksitle ödenmesinin kararlaştırıldığı hallerde riziko gerçekleşince, ödenecek tazminata veya bedele ilişkin primlerin tümü muaccel olur. Sigortacı prim alacağını TTK 1480'inci madde hükmü saklı kalmak üzere tazminattan veya bedelden düşebilir.

TTK 1434. Madde uyarınca 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. İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla 10 (on) günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır. 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) **Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunmayan sigortalıların** poliçeleri Şirket tarafından önerilen yenileme primi ve şartları ile SES , SES EKİNOKS ve Demir Özel Sağlık Sigortası poliçelerinde maksimum 75 yaşına kadar, Gökkuşluğu ürününde maksimum 65 yaşına kadar yenilenebilir.

11) **Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanmış sigortalı** için özel ve genel şartlara aykırı durum oluşmadığı sürece ortaya yeni çıkan hastalık ve rahatsızlıkları nedeniyle teminat kapsamını daraltamaz, teminat limitini düşüremez, sigortalı katılım payını artıramaz, hastalık nedeniyle ek prim alamaz, Poliçe Özel Şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapamaz, Ödenen tazminatlar ile ödenen primin oranına bağlı olarak ek prim uygulayamaz. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanmış olan sigortalı, bu hakkı kazandığından farklı bir ürün, plan, teminat yapısı veya limiti istediği

takdirde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı düşer. Sigortacının, Ömür Boyu Yenileme Garantisi verme, şartlı verme veya vermeme hakkı mevcuttur. Poliçenizin Ömür Boyu Yenileme Garantisi teminatı hakkı içerip içermediği sertifikanızda belirtilmektedir. Bu teminat poliçenizin özel ve genel şartında belirtilen değerlendirmeler neticesinde verilmektedir, hak kazanma şartları için poliçenize ait özel ve genel şartlar ilgili maddesinin incelenmesini rica ederiz.

Hazine Müsteşarlığı tarafından 23 Ekim 2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği öncesinde hak edilmiş Ömür Boyu Yenileme Garantileri, 23 Nisan 2014 tarihinden sonra Demir Sağlık ve Hayat Yenileme Garantisi adı

Sigortalılar / Adı Soyadı		Sigorta Ettiren	Aracı Kurum	Sigortacı
Kendisi	İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza	Yetkili Kaşe / İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş. 
Eşi	İmza			
1.Çocuk	İmza			
2.Çocuk	İmza			

*Toplam 13 (on üç) 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.

altında aynı hak ve içerikle devam ettirilmektedir.

Demir Sağlık ve Hayat Yenileme Garantisi hakkı kazanmış olan sigortalı, bu maddede açıklanan gerekli şartlar yerine geldiği takdirde Ömür Boyu Yenileme Garantisi almaya hak kazanabilir.

SİGORTACI, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, ilgili ürün Özel şartı "Standart istisnalar"ında düzenlemeler yapabilir, "Standart İstisnalar"da yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. "Standart İstisnalar"da yapılacak değişiklikler bilgilendirme metni 11. maddede belirtilen hakları kazanan sigortalılar için de geçerlidir.

Sigortacı, ürün yelpazesinden kaldırmaya karar verdiği bir ürün kapsamındaki sigortalılara eşdeğer teminatlı bir ürün sunma hakkına sahiptir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi olmayan sigortalılara sigortacı yenileme yapmak veya kaldırdığı ürün yerine eşdeğer bir ürün sunmak zorunda değildir.

12) Yeni doğan bebek veya evlat edinilen küçükler; Poliçe Özel Şartlarında yer alan süreler ve koşullarla sigortacının yazılı olarak kabulü ile ilgili tarife primi ödenmesi kaydı ile sigorta kapsamına alınır.

13) Başka sigorta şirketinden geçiş uygulaması ve kazanılmış hak transferi bir önceki poliçesinde en az kesintisiz 12 ay sigorta kapsamında olması ve sigorta bitiş tarihini takip eden maksimum 30 gün içerisinde şirketimize başvuru formu ile başvuruda bulunulmuş olması ile mümkündür. Kazanılmış haklarla, Poliçe Özel Şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması kastedilmektedir. Sigortalının, önceki poliçesinin özel şartlarında/ teminatlarında yer alan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. kişiyi başka sigorta şirketinden geçiş alması durumunda sağlık riskleri değerlendirmesi yaparak, bazı hastalıkları teminat dışı bırakma ve/ veya şartlı kabul etme hakkına sahiptir. Kişinin ömür boyu yenileme garantisi veya diğer yenileme taahhütlerinin kazanılmış hak olarak değerlendirilmesi şirket kararına bağlıdır.

14) Sistemimizde mevcut olan kimlik, adres, telefon vb. bilgilerinizdeki değişiklikleri size daha rahat ulaşabilmemiz için Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. adresine, 0212-274 65 85 no'lu faksımıza ve Müşteri Hizmetleri mail adresine yazılı olarak gönderebilirsiniz ya da Müşteri Hizmetleri hattımızı arayarak bildirebilirsiniz. Aksi takdirde şirketimiz nezdinde kayıtlı adresinize yapılmış tebligatlar geçerli olacaktır.

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

16) Poliçeniz ile birlikte Sigortalı sertifikanız tarafınıza iletilecektir. Poliçenize ait Özel ve Genel Şartlar, Anlaşmalı Kurumlar Listesi, Bilgi Güncelleme Formu ve Tazminat Talep Formunu demirsaglik.com.tr sitesinden temin edebilirsiniz. Bu belgelerin tarafınıza yazılı olarak teslimini tercih etmeniz halinde de talebiniz yerine getirilecektir.

Sigortalılar / Adı Soyadı		Sigorta Ettiren	Aracı Kurum	Sigortacı
Kendisi	İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza	Yetkili Kaşe / İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş. 
Eşi	İmza			
1.Çocuk	İmza			
2.Çocuk	İmza			

*Toplam 13 (on üç) 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.

17) İleride doğacak ihtilafları önlemek için prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız. Sigorta için ödenen primler vergiden düşülebilir. Bu konuda sigortacınıza danışınız.

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

19) 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 çıkabileceğı 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.

D- İPTAL VE CAYMA HAKKI

Police özel şartları içerisinde police süresi içerisinde policeden çıkış, vefat durumu ve police iptali taleplerinde geçerli koşullar detaylı açıklanmıştır. Sigorta ettiren/sigortalının police tanzim tarihinden itibaren 30 (otuz) günlük süre içerisinde policeden cayma hakkı bulunmaktadır. Sigorta ettiren/sigortalının herhangi bir sebeple police tanzim tarihinden itibaren 30 (otuz) gün içerisinde sigortadan vazgeçmesi halinde varsa ödenen primin tamamı, ilgili policeden herhangi bir tazminat ödemesi yapılmamış olması durumunda iade edilir.

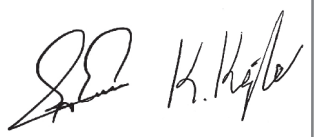
E-TAZMİNAT ÖDEMELERİ

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

2) Sigortacı, özel şartlarda istenilen belgelere ek olarak talep edeceği tüm belgelerin kendisine teslimini takiben tazminat talebini işleme alır ve sigorta özel ve genel şartları dahilinde değerlendirerek 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

Sigortalılar / Adı Soyadı		Sigorta Ettiren	Aracı Kurum	Sigortacı
Kendisi	İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza	Yetkili Kaşe / İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş. 
Eşi	İmza			
1.Çocuk	İmza			
2.Çocuk	İmza			

*Toplam 13 (on üç) 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.

kurumlarımızın güncel listesi için demirsaglik.com.tr adresimizi ziyaret edebilir ya da **0850 252 04 04** no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri birimimize ulaşabilirsiniz.

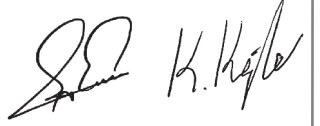
5) SES EKİNOKS Anlaşmasız kurumda geçerli değildir. Anlaşmasız kurumlarda yapılan işlemler teminat kapsamı dışındadır.

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		Sigorta Ettiren	Aracı Kurum	Sigortacı
Kendisi	İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza	Yetkili Kaşe / İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş. 
Eşi	İmza			
1.Çocuk	İmza			
2.Çocuk	İmza			

*Toplam 13 (on üç) 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 ebeveynlerinden bir tanesi 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 nesneleri 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 Sifatıyla 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 aracıları 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

Sigortalılar / Adı Soyadı	Sigorta Ettiren	Aracı Kurum	Sigortacı
Kendisi İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza	Yetkili Kaşe / İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.
Eşi İmza			
1.Çocuk İmza			
2.Çocuk İmza			

*Toplam 13 (on üç) 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.

sigortacılık faaliyetlerimizi yerine getirmek üzere kısmen, otomatik veya otomatik olmayan yollarla fiziki veya elektronik ortamlarda işlenmektedir. Şirketimizce kişisel verileriniz velveya özel nitelikli kişisel verilerinize ilişkin açık rızalarınız; işbu sözleşme ile tarafımızca veya Genel Müdürlük/Bölge 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 nesneleri 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,

Sigortalılar / Adı Soyadı		Sigorta Ettiren	Aracı Kurum	Sigortacı
Kendisi	İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza	Yetkili Kaşe / İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş. 
Eşi	İmza			
1.Çocuk	İmza			
2.Çocuk	İmza			

*Toplam 13 (on üç) 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.

- 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.

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 yükümlülöklere 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.

Sigortalılar / Adı Soyadı		Sigorta Ettiren	Aracı Kurum	Sigortacı
Kendisi	İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza	Yetkili Kaşe / İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş. 
Eşi	İmza			
1.Çocuk	İmza			
2.Çocuk	İmza			

*Toplam 13 (on üç) 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.

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.

KREDİ KARTI BİLGİSİNİN ALINMIŞ OLMASI, POLİÇE PRİMİ VEYA İLK TAKSİTİ ÖDENMEDİĞİ SÜRECE, POLİÇENİN TANZİM EDİLDİĞİ VE SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLADIĞI ANLAMINA GELMEYECEKTİR.

Tarih:...../...../.....

Sigortalılar / Adı Soyadı		Sigorta Ettiren	Aracı Kurum	Sigortacı
Kendisi	İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza	Yetkili Kaşe / İmza	Ad,Soyad / Kaşe / İmza DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş. 
Eşi	İmza			
1.Çocuk	İmza			
2.Çocuk	İmza			

- *Toplam 13 (on üç) 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.