

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

**SİGORTACIYA
İLİŞKİN BİLGİLER**

Sigortacının Ticaret Unvanı
Şirket Merkezi ve Adresi

Mersis No
Web Sitesi
Tel No
Faks No
e-mail

: **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 : / /

İlk İş :

Geçiş :

***Daha önce farklı bir sigorta şirketinden sağlık sigortanız oldu ise sigorta şirketinin ismi, poliçe no, bitiş tarihini belirtiniz.**

Gerçek Kişi :
Ad Soyad / Unvan :
Vergi Dairesi / Vergi No :
Cinsiyet :
Meslek :
Doğ. Tarihi (Gün/Ay/Yıl) : / /

Tüzel Kişi :

Kadın

Erkek

*TC Kimlik No / VKN :
*Gerçek kişilerde TCKN zorunludur.
Uyruk :

Yazışma Adresi / İletişim Bilgileri

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

Ev Tel. : 0 ()
E Posta :@.....
İlçe :

SİGORTA ETTİREN

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 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.**

Sigortalı Adayı	Kendisi	Eşi	1. Çocuğu	2. 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	<input type="checkbox"/> Avrupa <input type="checkbox"/> Dünya	<input type="checkbox"/> Avrupa <input type="checkbox"/> Dünya	<input type="checkbox"/> Avrupa <input type="checkbox"/> Dünya	<input type="checkbox"/> Avrupa <input type="checkbox"/> Dünya
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 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 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 / KK

Sigorta Ettiren Beyan

Şirketinizden yukarıda belirttiğim bilgiler ile SEYAHAT SAĞLIK SİGORTASI yaptırmak istiyorum. Belirttiğim kredi kartımdan poliçe priminin peşin olarak ödenmesi için şirketinize yetki verdiğimi tarafınıza beyan ediyorum.

*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 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 Metninin bir nüshası tarafıma teslim edilmiştir.

*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 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 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 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 : Ehlibeyt 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-UYARILAR

- 1) Sigorta teminatları Türkiye Cumhuriyeti sınırları dahilinde ikamet eden kişiler için poliçede belirtildiği üzere seçilen plana göre Avrupa veya Dünya'nın her yerinde geçerlidir. (Türkiye, Irak, İran , Suriye , Gazze Şeridi ve Afganistan hariç)
- 2) Sigortanın seyahat başlamadan düzenlenmesi gerekmektedir. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi almak için, Vize / VIP Seyahat Sigortası Özel Şartlarını ve Seyahat Sigortası Genel şartlarında yazılı hususları dikkatlice okuyunuz.
- 3) Sigorta priminin tamamının ödenmesi sonrası poliçe düzenlenir. Primin ödenmemesi durumunda, aksi kararlaştırılmadıkça sigortacının sorumluluğu başlamaz. Primlerin hesaplanmasında, poliçenin

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 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.

düzenlendiği tarihteki T.C. Merkez Bankası efektif satış kuru esas alınacaktır. Sigortacı Primlerde ve tazminat ödemesinde kullanılacak kuru değiştirme hakkına sahiptir.

4) Sigortanın teminatı yurtdışına yapılan seyahatler için ülkemiz sınırlarından çıkıldığının pasaportla tespit edildiği an başlar, ülkemiz sınırlarına girildiğinin pasaportla tespit edildiği an sona erer. Sigortadan yararlanacak kişinin başvuru düzenlendiği sırada Türkiye'de bulunması gerekmektedir aksi takdirde poliçe geçersiz olacaktır.

5) Sözleşmenin kurulması sırasında, sigorta süresince ve rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigortacıya eksik veya yanlış bilgi vermektan kaçınınız. Aksi takdirde, tazminat ödeme süresi uzayabileceği gibi, tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabilir.

6) Poliçede belirtilen sigorta bitiş tarihinden sonra tedavisi devam eden olaylarda, teminat tedavi sonuna kadar devam eder. Ancak bu süre hiçbir şekilde sigorta bitiş tarihinden itibaren 7 gün geçemez.

7) Sigortalı seyahatinin gerçekleşmemesi nedeniyle poliçe başlangıç tarihinden en geç 24 saat önce iptal talebinde bulunmak ve poliçeyi sigorta şirketine iade etmek kaydıyla ödediği sigorta primini geri alır. Poliçe başlangıç tarihinden sonra iptal yapılmaz, prim iade edilmez. Poliçe başka bir kişiye devredilemez.

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) Bu sigorta 18-80 yaş sınırları arasındaki kişileri teminat altına alır. 0-17 yaş arasındaki çocuklar ise anne veya babalarının sigorta ettiren olması kaydıyla sigortalanabilirler.

3) Beher seyahat poliçesi tercih edildiğinde teminat süresi, poliçe bitiş tarihi ile sınırlıdır. Yıllık poliçe tercih edildiğinde maksimum teminat süre limiti, yıl içerisinde bir kerede 92 gün veya farklı seyahatlerde kullanılmasına halinde toplam 184 gün ile sınırlıdır.

4) Sigorta teminatları ana başlıklar halinde aşağıda belirtilmiştir, içerik ve detayları Özel Şartlar içerisinde kontrol ediniz.

VİZE SEYAHAT SİGORTASI :1) Tıbbi danışmanlık, 2)Acil Tıbbi Nakil, 3) Tedavi ve Hastane Hizmetleri, 4) Cenazenin Yurda Getirilmesi

VIP SEYAHAT SİGORTASI : 1) Tıbbi danışmanlık, 2)Acil Tıbbi Nakil, 3) Tedavi ve Hastane Hizmetleri, 4) Cenazenin Yurda Getirilmesi , 5)Tedavi nedeniyle konaklama süresiniin uzatılması, 6)Refakatçi Nakli, 7) Aile Üyelerinden Birinin Ölümü Nedeniyle Yolculuğun Durdurulması Sonucu Ülkeye Öngörülmeven Dönüş, 8) Daimi İkametgahta Meydana Gelen Bir Hasar Durumunda Yolculuğun Durdurulması Sonucu Ülkeye Öngörülmeven Dönüş, 9) Kayıp Bagajın Bulunup Ulaştırılması, 10) Seyahat bilgilendirme hattı, 11) Gecikmeli Bagaj, 12) Kanuni işlemlerle ilgili kefalet (Borç Olarak), 13) Unutulmuş İlaçların Sevkiyatı, 14) Acil Mesajların İletilmesi, 15) Seyahatin İptali (Mücbir Sebepler)

5) Seyahat Sağlık Sigortası Genel ve Poliçe Özel Şartlarında teminat kapsamında olan ve teminat dışında kalan durumlar belirtildiğinden teminatlar, sigortalı katılım payları ilgili olarak daha ayrıntılı

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 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.

bilgi sahibi olmak açısından lütfen **Police Genel ve Özel Şartlarını** dikkatli okuyunuz.

6) Tarafınıza teslim edilen poliçenizden teminatlarınızı okuyup kontrol ediniz. Poliçenize ait Seyahat Sağlık Sigortası Genel ve Police Özel Şartları, Bilgi Güncelleme Formunu demirsaglik.com.tr sitesinden temin edebilirsiniz. Bu belgelerin tarafınıza yazılı olarak teslimini tercih etmeniz halinde de talebiniz yerine getirilecektir .

7) Seyahat sigortası; Sözleşmenin bitiş tarihinden itibaren kendiliğinden sonlanır ve **teminatlar durur. Sigorta ettirenin talebi durumunda yeni bir poliçe düzenlenir.** Bir önceki poliçeden **kazanılmış hak söz konusu değildir ve başka şirketten kazanılmış hak transferi de yapılmaz.**

8) Poliçeye ilişkin **plan** başvuru aşamasında seçilir ve **poliçe süresince değiştirilmez.**

9) Bu Seyahat Sigortasında Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması veya farklı isim altında Yenileme Garantisi uygulaması yoktur.

10) 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.

11) 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 taktirde şirketimiz nezdinde kayıtlı adresinize yapılmış tebligatlar geçerli olacaktır.

12) İleride doğacak ihtilafları önlemek için prim ödemelerinizde ödeme belgesi almayı unutmayınız. Sigorta için ödenen primler vergiden düşülebilir. Bu konuda sigortacınıza danışınız.

13) 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 mesuldür.

14) 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.

D- İPTAL VE CAYMA HAKKI

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

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 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.

Sigortalı seyahatinin gerçekleşmemesi nedeniyle poliçe başlangıç tarihinden en geç 24 saat önce iptal talebinde bulunmak ve poliçeyi sigorta şirketine iade etmek kaydıyla ödediği sigorta primini geri alır.Poliçe başlangıç tarihinden sonra iptal yapılmaz, prim iade edilmez. Poliçe başka bir kişiye devredilemez.

E-TAZMİNAT ÖDEMELERİ

1) Tazminat ödemeleri için Özel Şartlarda belirtilen uygulama ve bilgilendirmeleri mutlaka okuyunuz.

2) Sigortalı, sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçerli olmak kaydıyla, ani bir hastalık veya kaza karşısında bu Özel Şartlarda belirtilen Acil Yardım Merkezi ile telefonla irtibata geçecektir. Acil Yardım Merkezi, sigortalının sağlık konusuna göre gerekli tedaviyle ilgili her türlü hizmeti sağlayacaktır. Sigortalının tedavisinin bitiminde sağlık masrafları Acil Yardım Merkezi tarafından tedaviyi veren sağlık kurumuna veya doktora ödenecektir. Acil Yardım Merkezine ulaşılamadığı durumlarda, sigortalı tedavisi için en yakın sağlık kuruluşuna başvurarak, tedaviye başlanmasını sağlayacaktır. Tedavi süresince de Acil Yardım Merkezi ile irtibat kurulamadığı takdirde, sigortalı oluşan sağlık harcamalarını ödeyerek, tedaviyi açıklayan belgeler ve fatura asıllarını, sigortacıya iletacaktır. Sigortacı, harcamaları ve belgeleri özel ve genel şartlar dahilinde inceleyerek, teminat kapsamında olan tedavi giderlerini 15 işgünü içerisinde sigortalıya ödeyecektir.Eğer teminatlarda herhangi bir muafiyet var ise bu tutar düşülerek işlem yapılacaktır.

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 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 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 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

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 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 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 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,

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 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 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 yönlenebilir.

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.

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 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 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 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 ebeveynlerinden bir tanesi tarafından imzalanması zorunludur.