

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI**FİBA TAM SAĞLIK TAMAMLAYICI GRUP SAĞLIK SİGORTASI
BAŞVURU FORMU VE BİLGİLENDİRME METNİ**

***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 sigortalının imzasını alınız.**

SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

Teminat Veren Sigortalının Ticaret Ünvanı: Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Şirket Merkezi ve Adresi : Sarıkanarya Sok. Yolbulan Plaza B
Blok No:16 Kat:5 34742 Kozyatağı İstanbul
Tel & Fax No : 0216 6652800 / 02166652801
Mersis No : 0396-0599-5230-0012
Web Sitesi : www.fibaemeklilik.com.tr
E-Mail : saglikoperasyon@fibaemeklilik.com.tr

POLİÇE BİLGİLERİ

Şirket / Şube Adı :
Police Başlangıç Tarihi : ... / ... / Police Bitiş Tarihi : ... / ... /
İlk İş : ☐ Geçiş : ☐

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

PERSONELE İLİŞKİN BİLGİLER

Ad Soyad / Görev : /
Cinsiyet : Kadın ☐ Erkek ☐
Meslek :
Doğ. Tarihi (Gün/Ay/Yıl) : / /
*TC Kimlik No / VKN :
*Gerçek kişilerde TCKN zorunludur.
Uyruk :
Görev : Medeni Hali : Boy/Kilo : Çocuk :

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI**FİBA TAM SAĞLIK TAMAMLAYICI GRUP SAĞLIK SİGORTASI
BAŞVURU FORMU VE BİLGİLENDİRME METNİ****SİGORTA TEMİNATINA ALINACAK KİŞİLER**

Sigortalı Adayı	Kendisi	Eşi	1. Çocuk	2. Çocuk
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 (Fiba Emeklilik ve Hayat tarafından doldurulmalıdır.)				

SİGORTALI İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adres				
İl / İlçe				
Cep Telefonu				
Sabit Telefonu				
E-posta				

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

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam 15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

SİGORTALI HESAP BİLGİLERİ

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

Ad, Soyad: IBAN:

* 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 tüm sayfalarında yer alan açıklamaları ve sigortalı beyan bölümünü dikkatlice okuduktan sonra imzalayınız.

Sözleşmenin kurulması sırasında ve sigortacının 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 "Sigortalı Beyanı" bölümündeki soruları sigorta kapsamına alınacak bireylerin tümü için yanıtlayınız.)

Bu bölümdeki 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.

SİGORTALI BEYANI

Sigortalanması 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, ilaç kullanımı ve doktora başvurulmamış olsa bile sağlık şikayeti var mıdır?..... ☐ EVET* ☐ HAYIR

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

*Evet ise lütfen açıklama alanında detaylı bilgi vererek raporlarınızı iletiniz.

Açıklama:

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

Şirket bu başvuru formunu kabul etmek zorunda değildir. Fiba Emeklilik ve Hayat

A.Ş.'nin başvuru formundaki beyanlara dayanılarak işlem yapacağını ve formun kabulünün, Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş. için hiç bir bağlayıcı kabul ve taahhüt anlamını taşımayacağını kabul ediyorum. Formun doldurulduğu tarih ile Fiba Emeklilik ve Hayat 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, Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin tekrar değerlendirme ve poliçede değişiklik yapmak veya tümünden reddetmek hakkının saklı olduğunu kabul ve beyan ederim.

Sigortacının ilk ya da daha sonraki başvuruları reddetme ya da uygun gördüğü koşullarda kabul etme hakkı saklıdır. Başvuruların kabul edilmesinden önce ilk prime mahsup edilmek üzere para alınsa bile, sigortacı kapora olarak ödenen bu meblağı Sigorta Ettiren'e iade eder.

Sigorta şirketi tarafından Sağlık Sigortası Özel Şartlarında yapılacak değişiklikleri, Sigortalı/Sigorta Ettiren olarak iş bu başvuru ve bilgilendirme formu 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 Bakan lığından, 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.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödenmesi gereken her türlü sağlık harcamasına ait ücretleri Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. 'ye gayri kabili rücu, devir ve temlik ettiğimi kabul ve beyan ederim.

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

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

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI**FİBA TAM SAĞLIK TAMAMLAYICI GRUP SAĞLIK SİGORTASI
BİLGİLENDİRME METNİ**

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.**

SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

Teminat Veren Sigortacının Ticaret Ünvanı: Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Şirket Merkezi ve Adresi: Sarıkanarya Sok. Yolbulan Plaza B Blok No:16
Kat:5 34742 Kozyatağı İstanbul
Tel & Fax No: 0216 6652800 / 0216 6652801
Mersis No: 0396-0599-5230-0012
Web Sitesi: www.fibaemeklilik.com.tr
E-Mail: saglikoperasyon@fibaemeklilik.com.tr

Sözleşmeye aracılık eden Sigorta Acentesinin

Ticaret Ünvanı - Levha no Adresi :

Tel No :

Faks No :

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzimli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

B-TEMİNATLAR

- 1) Sigorta poliçesi, sigortalıların sigorta süresi içinde sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini sadece tarafından Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş. belirlenmiş kurumlarda geçerli olmak üzere poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.
- 2) Sigorta poliçesi kapsamında verilen teminatlar genel olarak Yatarak veya Yatarak ve Ayakta tedavi teminatını içerir. Teminatlara isteğe bağlı olarak ek prim ödeyerek doğum teminatı da eklenebilecektir.
- 3) Teminatlar ile ilgili olarak daha ayrıntılı bilgi sahibi olmak açısından lütfen Sağlık sigortası Genel ve Poliçe Özel Şartlarını dikkatli okuyunuz.
- 4) Sağlık sigortası Genel ve Poliçe 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 poliçe özel şartlarınızdan teminatlarınızı okuyup kontrol ediniz.

C- GENEL BİLGİLER VE UYARILAR

- 1) Bu sigorta SGK tarafından kapsama alınan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları ve Türkiye Cumhuriyetinde ikamet eden ve SGK'dan faydalanmaya hakkı olan yabancı kimlik numarası sahibi gerçek kişiler için geçerli olacaktır.
- 2) Doğum sonrası hastaneden çıkışı takip eden 14 (on dört) günü tamamlamış bebekler doğumu takip eden 60 (altmış) gün içinde grup poliçesi kapsamında sigortalanabilir. Evlilik nedeni ile poliçeye girişler, evlilik tarihini takip eden 60 (altmış) gün içinde yapılmadığı takdirde, yenileme döneminde yapılır. Yıl içinde poliçeye eş veya çocuk girişi bu şartlar dışında yapılamaz. Poliçe döneminde yapılacak bağımlı girişleri başvuru formu doldurulma tarihi baz alınarak yapılır. Bu üründe sigortalanmış kişilerin poliçeleri en fazla 70 (yetmiş) yaşına kadar devam ettirilir. Sigortalının grup poliçesinden ayrılması sonucu 1 ay içinde bireysel poliçe talep etmesi durumunda geçiş için azami yaş sınırı 65 (altmış beş) olacaktır. Poliçe primi hesaplanırken kullanılan yaşlar, poliçe başlangıç tarihi baz alınarak hesaplanır.

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam 15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

Yaş, bu tarih ile doğum tarihi farkının “gün/ay/yıl” olarak hesaplanması ile bulunur. Hesaplama kişinin en yakın yaşı dikkate alınarak ilgili tarife primi uygulanır.

3) Ürünlerimizin tablo fiyatlarını belirlerken, medikal enflasyon, ürün kar zarar durumu, genel giderler, komisyon payı, portföyün yaşlanması, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görünen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınmaktadır. Ürün tablo fiyatları gerekli görüldüğü anlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve kişi primleri kişiye özel kullanım ve risk primleri dahil olmak üzere bir önceki döneme oranla beş katına kadar artırılabilir

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 belirtilmiştir, lütfen 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.

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.

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam 15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

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 taktirde yenileme hakkından söz edilemez. Yenilemede medikal değerlendirme sonucu katılım protokolü, muafiyet, üst limit, medikal ek prim uygulanabilir.

10) SİGORTACI, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, ilgili ürün Özel şartı"Standart İstisnalar"ında düzenlemeler yapabilir. Standart İstisnalar"da yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Sigorta Şirketi, ürün yelpazesinden kaldırmaya karar verdiği bir ürün kapsamındaki sigortalılara eşdeğer teminatlı bir ürün sunma hakkına sahiptir.

11) Yeni doğan bebek veya evlat edinilen küçükler; hastaneden çıkışı takip eden 14 günü tamamlamış bebekler ve evlat edinilen küçükler doğumu takip eden 60 gün içinde başvuru formu ile talepte bulunulması ve sigortacının yazılı olarak kabulü ile grup poliçesi kapsamında sigortalanabilir.

12) Başka sigorta şirketinden geçiş uygulaması ve kazanılmış hak transferi; FİBA Emeklilik ve Hayat Sigorta A.Ş'nin başka bir bireysel veya kurumsal sağlık sigortası ürünüde sigortalı olan kişilerin bu ürüne geçişinde kazanmış olduğu tüm hakları korunur. Başka bir sigorta şirketinde sigortalı olan kişilerin bu ürüne geçiş talebinde hak korunmaz, kazanılmış hak transferi yapılmaz. Bu üründen FİBA Emeklilik ve Hayat Sigorta A.Ş'nin muadil başka bir sağlık ürününe geçişte ise, sadece ilk kayıt tarihi korunur. Bu üründen FİBA Emeklilik ve Hayat Sigorta A.Ş'nin muadil olmayan başka bir sağlık ürününe geçiş yoktur.

13) Sistemimizde mevcut olan kimlik, adres, telefon vb. bilgilerinizdeki değişiklikleri size daha rahat ulaşabilmemiz için FİBA Emeklilik ve Hayat Sigorta A.Ş adresine, 0216 665 28 01 no'lu faksımıza ve Müşteri Hizmetleri mail adresine yazılı olarak gönderebilirsiniz ya da Müşteri Hizmetleri hattımızı arayarak bildirebilirsiniz.

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

Aksi takdirde şirketimiz nezdinde kayıtlı adresinize yapılmış tebligatlar geçerli olacaktır.

14) Poliçeniz ile birlikte sigortalı sertifikanız tarafınıza iletilecektir. Poliçenize ait Özel ve Genel Şartlar ve Anlaşmalı Kurumlar listesini www.fibaemeklilik.com.tr web sitesinden temin edebilirsiniz. Bu belgelerin tarafınıza yazılı olarak teslimini tercih etmeniz halinde de bu talebinizi ilettiğiniz takdirde yerine getirilecektir.

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

16) 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.

17) 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.

18) 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, sigortalanma şartları, yenileme garantileri ve içeriklerine ilişkin bilgi vermek, bilgilendirme metnini ve sigorta sertifikalarını iletme zorundadır.

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam 15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

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.

19) Taraflardan birinin borçlarını ödeyememesi, zorunlu veya isteyerek tasfiyeye girmesi, konkordato ilan etmesi veya yönetiminin kayyuma devredilmesi, işini herhangi bir nedenden terk etmesi veya bunlara benzer hareketleri ile borçlarını ödeyemeyeceği izlenimini vermesi, sözleşme süresi içinde iflas etmesi, faaliyetlerini tatil etmesi veya borçlarını ödemede acze düşmesi, sözleşmenin devamını imkansızlaştıracak mahiyette mahkum olması hallerinde sigorta sözleşmesi kendiliğinden münfesi 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 police süresi içerisinde poliçeden çıkış, vefat durumu ve poliçe iptali taleplerinde geçerli koşullar detaylı açıklanmıştır.

Sigorta ettiren/sigortalının poliçe tanzim tarihinden itibaren 30 (otuz) günlük süre içerisinde poliçeden cayma hakkı bulunmaktadır. Sigorta ettiren/sigortalının herhangi bir sebeple poliçe tanzim tarihinden itibaren 30 (otuz) gün içerisinde sigortadan vazgeçmesi halinde varsa ödenen primin tamamı, ilgili poliçeden herhangi bir tazminat ödemesi yapılmamış olması durumunda iade edilir.

E- TAZMİNAT ÖDEMELERİ

1) Ayakta ve yatarak tedavilerde anlaşmalı kurumlara ait fatura ödemelerinde muhatap Sigorta Şirketidir. Sigortalı'nın anlaşmalı kurum ağı dışında kendi yaptığı sağlık harcamalarına ait giderler SGK geçerli bir kurumda yapılmış olsa bile teminat kapsamı dışındadır.

2) Anlaşmalı kurumlarımızın güncel bilgileri için www.fibaemeklilik.com.tr adresimizi ziyaret edebilir ya da 444 82 88 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri birimimize ulaşabilirsiniz.

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam 15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

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.

H- TİCARİ ELEKTRONİK İLETİ

Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin e-posta, SMS, sosyal medya, telefon ve/veya diğer iletişim araçlarıyla bana ulaşarak tarafıma özel her türlü bireysel emeklilik sistemi ve sigorta ürünlerine yönelik tanıtım ve reklam içerikli ticari elektronik ileti gönderilmesine ve bu amaçla sınırlı olmak üzere; ürün, hizmet ve kampanyalarla ilgili kişisel verilerimin işlenmesine ve Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin tedarikçileriyle paylaşılmasına izin verdiğimi kabul ve beyan ediyorum.

| EVET | | HAYIR |

Evet ise, iletilerin tarafınıza hangi iletişim kanalı/kanalları ile gönderilmesini tercih edersiniz?

| E-posta | | SMS | | Arama |

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 Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş. 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.

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam 15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

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

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

- 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,

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1. Çocuk		
2. Çocuk		

Toplam 15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

- 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.

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 olarak, haklarınıza ilişkin taleplerinizi FİBA EMEKLİLİK'in internet sitesi www.fibaemeklilik.com.tr'de yer alan "Veri Sahibi Başvuru Formu" doldurarak, formu FİBA EMEKLİLİK'in Kozyatağı mah. Sarıkanarya sk. No:16 Yolbulan Plaza B Blok K:5 34742 Kadıköy/İstanbul adresine kimliğinizi tespit edici belgeler ile elden, noter kanalıyla, veya verisorumlusu@fibaemeklilik.com.tr elektronik posta adresine yazılı olarak iletmeniz durumunda FİBA EMEKLİLİK talebinizi en geç otuz gün içinde sonuçlandıracaktır.

Sigortalılar Adı Soyadı/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.

AÇIK RIZA BEYANI

Güncel ve geçmiş sağlık verilerim başta olmak üzere özel nitelikli kişisel verilerim ile kişisel verilerimin Fiba Emeklilik ve Hayat 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/ İmza
Kendisi
Eşi
1.Çocuk
2.Çocuk

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/ İmza	Sigorta Ettiren Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza	Sigortacı Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza
Kendisi		Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.
Eşi		
1.Çocuk		
2.Çocuk		

Toplam15 (onbeş) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İzinli Pazarlama:

- 18 yaş üstü sigortalı adaylarının sigortalı adaylarının kendisi tarafından
- 18 yaş altı sigortalı adaylarının çalışan kişi tarafından imzalanması zorunludur.