

Lütfen, Başvuru Formu üzerinde durumunuza uygun tüm alanları büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz.

Bu bölüm aracı tarafından doldurulacaktır.

Acente No		Sigorta Süresi	
KRY No		Police Başlangıç Tarihi	
Police No		Police Bitiş Tarihi	

**SİGORTA ETTİREN**

Adı, Soyadı / Ünvanı		Vergi Dairesi No	
Doğum Yeri / Tarihi	__/__/____	GSM No	(0 )
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No		Telefon	(0 )
Uyruk		E-posta	
Adresi	Ev İş		Yazışma Tercihi Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/>
Mesleği			
Aylık Ortalama Geliri (Net)	<input type="checkbox"/> 1.500 TL veya daha az <input type="checkbox"/> 1.501 TL - 3.000 TL <input type="checkbox"/> 3.001 TL - 5.000 TL <input type="checkbox"/> 5.001 TL - 10.000 TL <input type="checkbox"/> 10.001 TL veya daha fazla		

**SİGORTALI ADAYI**

Adı, Soyadı / Ünvanı		Vergi Dairesi No	
Doğum Yeri / Tarihi	__/__/____	Boy / Kilo	____cm/____kg
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No		Medeni Durum	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar
Uyruk		Meslek	
Adresi	Ev İş	Risk Sınıfı	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
GSM No	(0 )	Telefon No	(0 )
E-posta			

Sigorta başvuru formunda belirtmiş olduğum e-posta adresimin, GSM numaram ve/veya Mernis kayıtlarındaki adresimin sigortacılık işlemlerim ile ilgili bilgilendirmeler ve poliçe/sertifika gönderimi için kullanılmasını talep ve rica ederim.

**LEHTAR BİLGİLERİ**

	Adı, Soyadı	Payı (%)	Doğum Tarihi ve Yeri	Cinsiyeti	Baba Adı
<input type="checkbox"/> Kanuni Mirasçıları*				<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	
<input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz)				<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	
				<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	

\*Kanuni Mirasçıları farklı bir oran belirtilmediği takdirde yasal miras hisseleri oranında ödeme yapılacaktır.

**KREDİ KARTI BİLGİLERİ** (Sigorta Ettiren ile kredi kartı sahibi aynı kişi olmalıdır.)

Kredi Kartı Sahibi		Kart Türü	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master
Kredi Kartı No	____/____/____/____	CVV	---
Banka Adı		Son Kullanma Tarihi	__/__/__

**ÖDEME ŞEKLİ**

Prim Ödeme Aracı	<input type="checkbox"/> Kredi Kartı	<input type="checkbox"/> Banka Havalesi
Para Birimi	<input type="checkbox"/> TL <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> EURO	
Police para birimi döviz olarak seçilmiş ise prim taksitleri ve teminat tutarı o günkü T.C. Merkez Bankası Efektif Satış kuru üzerinden Türk Lirasına çevirilerek hesaplanacaktır.		

**PRİM ÖDEME PLANI** (İlk prim vadesi police başlangıç tarihinden sonra olamaz.)

Vade Tarihi	Prim Tutarı	Vade Tarihi	Prim Tutarı	Vade Tarihi	Prim Tutarı

Police Primi

Sigorta Ettiren Unvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

\_\_/\_\_/\_\_

\_\_/\_\_/\_\_

Lütfen, Başvuru Formu üzerinde durumunuza uygun tüm alanları büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz.

### POLİÇE BİLGİLERİ

Ürün ve Teminatlar	Teminat Tutarı	Prim Tutarı
<input type="checkbox"/> <b>Meşe Ferdi Kaza Sigortası</b>		
<input type="checkbox"/> Kaza Sonucu Vefat		
<input type="checkbox"/> Kaza Sonucu Daimi Maluliyet		
<input type="checkbox"/> Hastalık Sonucu Daimi Maluliyet		
<input type="checkbox"/> Kaza Sonucu Tedavi Masrafları		
<input type="checkbox"/> Toplu Taşıma Araçlarında Kaza Sonucu Vefat		
<input type="checkbox"/> <b>Gökmar Yıllık Yaşam Sigortası*</b>		
<input type="checkbox"/> <b>SOS Tehlikeli Hastalıklar Sigortası</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Okul Eğitim Sigortası*</b>		
<input type="checkbox"/> Sabit Kapital		
<input type="checkbox"/> Yıllık Azalan Kapital		
<input type="checkbox"/> Aylık Azalan Kapital		
<input type="checkbox"/> <b>Kredi Sigortası*</b>		
<input type="checkbox"/> Sabit Kapital		
<input type="checkbox"/> Yıllık Azalan Kapital		
<input type="checkbox"/> Aylık Azalan Kapital		

\* Demonun başvuru ekinde Acıbadem Sağlık ve Hayat A.Ş.'ye iletilmesi zorunludur.

### SAĞLIK BEYANI

"Evet" yanıtı verdiğiniz sorulara ilişkin detayları aşağıda açıklayınız.

1	Kalp ve Damar Hastalıkları (Kalp yetmezliği, Tansiyon, Kolesterol, Kalp Kapak Hastalıkları, Varis, Venöz Yetmezlik vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	12	Endokrin (Hormonal) Hastalıklar (Tiroid, Hipofiz, Cushing vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
2	Diabet (Şeker Hastalığı)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	13	GİS Hastalıkları (Ağız, Yemek Borusu, Mide, Bağırsak vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
3	Kanser, Kist, Tümör	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	14	Karaciğer Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
4	Sinir Sistemi Hastalıkları (Multipl Skleroz, Felç vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	15	Genital Sistem Hastalıkları (Yumurtalık, Rahim, Prostat, Testis vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
5	Kan Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	16	Meme Hastalıkları (Kist, adenom, tümör vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
6	Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	17	Psikolojik ve Psikiyatrik Rahatsızlıklar	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
7	Sırt, Bel, Boyun Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	18	Diğer (Yukarıda belirtilen hastalıklar dışında her türlü hastalık ve kaza durumunu belirtiniz)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
8	Diz Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	19	Ameliyat oldunuz mu/Hastanede yattınız mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
9	Solunum Sistemi Hastalıkları (Akciğer, nefes borusu, gırtlak, vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	20	İlaç kullanıyor musunuz? (Lütfen belirtiniz.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
10	Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	21	Doktora Başvurulmamış olsa bile bilinen bir rahatsızlığınız / şikayetiniz / hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
11	Üriner Sistem Hastalıkları (Böbrek, mesane vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H			<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H

Açıklama

## SİGORTA ETTİREN BEYANI

1. Acibadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'yi Hayat / Risk sigortamın kapsamını ilgilendiren bütün konularda hekim, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma, gerektiğinde Hayat Sigortası Bilgi Merkezi (HAYMER)'ne bilgi verme konusunda yetkili kıldığımı beyan ederim.
  2. İşbu hayat sigorta başvurusu kapsamındaki sigorta teminatlarının, ilgili sigorta tarifesi ve teknik esasları ile sigorta genel şartları ve özel şartları çerçevesinde verileceğini biliyor ve kabul ediyorum. Sigorta genel şartları ve özel şartlar metnine [www.acibademsigorta.com.tr](http://www.acibademsigorta.com.tr) internet adresinden de ulaşabileceğim konusunda bilgilendirildim.
  3. Bu başvuru formu ve ekli belgelerinde verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim.
  4. Hayat sigorta sözleşmelerinin yapılması için başvuru formunun sigorta şirketine ulaştığı tarihten itibaren 30 gün içinde şirket tarafından reddedilmemesi halinde sigorta sözleşmesi yapılmış olur. Sözleşme yapılmadan önce tahsil edilmiş tutar, sözleşmenin kurulmasından sonra primin ilk taksidi olarak kabul ya da mahsup edilir. Başvuru'nun şirket tarafından kabul edilmemesi halinde önceden alınan tutar, hiçbir kesinti yapılmadan derhal sigorta ettirene iade edilir.
  5. Yukarıda vermiş olduğum bilgiler doğrultusunda sigorta primlerimin ikinci bir talimatıma kadar kredi kartı hesabımdan / maaşımdan karşılanmasını, müteakip taksitlerin tahsil edilmemesi halinde sigortamın genel şartlar gereği fesih edileceğini kabul ederim.
  6. Sigorta şirketine aksi bir yazılı talimatım olmadıkça söz konusu poliçe ile ilgili olarak kredi kartı hesabıma yapılan borç kayıtlarını ödemeyi, TTK 1325. madde hükmüne göre hareket etmeyi, kabul ve taahhüt ederim.
  7. Sigortalı adayı sigortacı ile girdiği her türlü hukuki ilişkinin kendi nam ve hesabına yapılacağını beyan ve taahhüt etmekte olup, bunun aksi durumunda 5549 sayılı Kanunun 15. maddesi gereği bildirim yapmak zorunda olduğunu bildiğini ve başkası adına veya hesabına hareket ettiği takdirde bunu yazılı olarak sigortacıya beyan edeceğini ve bu hususta Suç Gelirlerinin Aklanmasının ve Terörün Finansmanının Önlenmesi hakkındaki mevzuat hükümleri de dahil olmak üzere her türlü sorumluluğun sigortalı adayına veya sigorta ettirene ait olduğunu gayrikabili rücu kabul ve taahhüt eder.
  8. Kişisel Verilerin İşlenmesi, Aktarılması ve İlgili Kişinin Hakları İle İlgili Bilgilendirme ve Onam: Şirketinizce düzenlenen poliçeler ve tazminat ödemeleri kapsamında risk ölçümü yapılabilmesi, tazminat taleplerinin değerlendirilebilmesi, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile sigorta işlemleri kapsamındaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve tarafıma özel fırsatların geliştirilebilmesi için sağlık verilerim de dahil olmak üzere kişisel verilerimin işlenmesi gerektiğini biliyor ve kabul ediyorum. Bu kapsamda gerek ileticeğim, gerekse de ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve kamu kurum ve kuruluşları, özel ve resmi sağlık kurumları, eczaneler, laboratuvarlar, hekim ve diğer ilgili üçüncü kişiler/kurumlardan hakkımda bilgi ve belge temin edilmesine onay veriyorum. Tüm bu verilerin, Sigortacı tarafından aşağıda açıklandığı çerçevede elde edileceği, kaydedilebileceği, muhafaza edilebileceği, açıklanabileceği, mevzuatın izin verdiği durumlarda üçüncü kişilere aktarılabilirliği veya diğer şekillerde işlenebileceği konularında bilgilendirildiğimi ve buna onay verdiğimi beyan ederim.
- Kişisel verilerimin ilgili sigorta tekliflerinin/poliçelerinin yürürlük tarihi süresince ve mevzuatta öngörülen saklama süreleri boyunca yazılı veya elektronik ortamda muhafaza edilebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.
- Sağlık verilerimi de içeren kişisel verilerimin, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yönetilmesi konusunda görev yapan sigorta şirketlerince açık rıza aranmaksızın işlenebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.
- Kişisel verilerimin yukarıda belirtilen amaçlarla, denetleyici ve düzenleyici makamlar ve ilgili kamu kuruluşları ile; Sigortacı'nın acenteleri, hissedarları, bu şirketlerin doğrudan / dolaylı yurtiçi / yurtdışı iştirakleri, reasürörleri, hizmet alınan, işbirliği yapılan kişi ve kuruluşlar ile destek hizmeti sağlayıcıları, brokerler, diğer sigorta şirketlerine aktarılabilirliğini ve bunlarla paylaşılabilirliğini biliyor ve kabul ediyorum.

Sigorta Ettiren Unvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

## SİGORTA ETTİREN BEYANI

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca, kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenme, işlenmişse bilgi talep etme, işlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, yurt içinde / yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri bilme, eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda sayılan istisnai haller saklı kalmak üzere Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 7'nci maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini / yok edilmesini isteme, aktarıldığı üçüncü kişilere yukarıda sayılan işlemlerin bildirilmesini isteme, münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhime bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme, kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına, Sigortacı'nın mevzuattan ve bu formdan doğan hakları saklı kalmak üzere, sahip olduğum konularında bilgilendiğimi beyan ederim. Sigortacı'nın makul olmayacak düzeyde yinelenen, orantısız düzeyde teknik çaba gerektiren, başkalarının gizliliğini tehlikeye atan veya başka şekilde aşırı derecede zor olan istekleri reddetme hakkı saklı olduğunu biliyor ve kabul ediyorum.

9. Şirketiniz nezdinde ürünler hakkında bilgi almak kapsamında ilettiğim ve şirketiniz tarafından ilgili kişi ve kurumlardan sağlanacak kişisel bilgilerimin, ihtiyaçlarım doğrultusunda bana uygun ürün, uygulama, avantaj veya kampanyalardan yararlanabilmem, genel bilgilendirme yapılması ve tarafımla her türlü iletişim sağlanması amacıyla işlenmesine ve bu doğrultuda kişisel bilgilerimin, şirketiniz tarafından iştirakleri ve sözleşmeli iş ortakları ile paylaşılmasına muvafakat ettiğimi, şirketiniz ve iştirakleri 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 tarafıma gönderilmesini, dilediğim zaman tamamen veya ürün ve kanal bazında, veri, ses, görüntü ve sair her türlü ileti gönderimini reddetme hakkını haiz olduğumu bildiğimi kabul ve beyan ederim.

## RİSK KABUL GÖRÜŞÜ (Bu bölüm sigorta şirketi tarafından doldurulacaktır.)

Sigortalı No	
Açıklama	

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

\_\_/\_\_/\_\_

\_\_/\_\_/\_\_