

## SİGORTA ETTİREN BEYANI

Sözleşmenin kurulması sırasında veya Sigortacı'nın talep ettiği diğer durumlarda, sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak, Beyan Formu'nda yer alan sorulara tam ve doğru olarak cevap verilmelidir. Söz konusu beyanın gerçeğe aykırı veya eksik olması durumunda ve/veya beyan yükümlülüğünün yerine getirilmemesi halinde, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe Özel Şartları uyarınca, tespit edilen tarih itibarıyla Sigorta Sözleşmesi yeniden düzenlenecektir. Bu durumda, hastalığa ilişkin sebepsiz yere ödenen tazminatların iade edilmesi, Sigortacı tarafından sözleşme şartlarının yeniden belirlenmesi (Muafiyet, Ek Prim, Limit vb. uygulanabilecektir) ve sigorta sözleşmesinin iptali söz konusu olabilecektir.

•Başvuru Formu ile bilgileri verilmiş tüm sigortalı adaylarının sigortalanacağı varsayımı ile seçilen ürüne paralel olarak hazırlanmış Başvuru Formu, Sağlık Beyan Formu, ekli belgeler, raporlar, şirket kayıtları ve diğer bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda prim ve poliçe şartları'nın değişebileceğini biliyorum ve kabul ediyorum. •Başvuru Formunun ilgili kısımlarında bildirilen e-posta adreslerinin ve diğer iletişim bilgilerinin şahsıma ve Sigortalı Adaylarına ait olduğunu ve Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş. tarafından sigorta sözleşmesi ön görüşmeleri ve sigorta sözleşmesi ile ilgili tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin teslimi için bu iletişim bilgilerinin kullanılabilmesini ve Sigortacı tarafından SMS ve/veya e-posta ile gerek tarafıma gerekse Sigortalılara yapılacak tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin tesliminin bu iletişim bilgileri kullanılarak teslimini peşinen kabul ettiğimi beyan ederim.

•Bu Başvuru Formu, yapılan bilgilendirmeye istinaden tarafımdan doldurulmuştur. Başvuru Formu ve Sağlık Beyan Formunda yer alan tüm sigortalı adaylarının tüm bilgilerini bilgim dahilinde verildiğini ve söz konusu bilgilerimin gerçeğe tamamen yansıttığını şahsımın ve bağımlılarımın sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ekşart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) ve gerekçe gibi bilgilerinin Sigorta Ettiren ile paylaşılmasına ve tüm bu bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatim olduğunu kabul ve beyan ederim.

• Bu beyan sonucu oluşabilecek Sigorta Sözleşmesine ait Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nı okuduğumu ve kabul ettiğimi beyan ederim.

• Bu beyan formu ve ekli belgelerinde verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim.

• Şirketiniz tarafından, SMS, telefon, elektronik posta ve benzeri iletişim kanallarından iletilecek bilgilendirme ve pazarlama mesajlarının tarafıma gönderilmesini kabul ederim.

• Sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak bu Beyan Formu'nda ve ekli belgelerde verilen bilgilerin tam ve doğru olduğunu kabul ve beyan ederim.

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 biliyorum ve kabul ediyorum.

Bu kapsamda gerek iletteğim, 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 aktarılabilmesi veya diğer şekillerde işlenebileceği konularında bilgilendirildiğimi ve buna onay verdiğimi beyan ederim.

**SİGORTA ETTİREN BEYANI**

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 verilerimin özel nitelikli kişisel veri olduğunu, sağlık verilerinizi de içeren kişisel verilerimin, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yönetilmesi konusunda görev yapan sigorta şirketlerince açık rıza aranmaksızın işlenebileceğini, şirketiniz tarafından talep edilmesi halinde teklif, tazminat/provizyon talebimin değerlendirilmesi sürecinde e-nabız kayıtlarımı sigorta şirketine iletteceğimi biliyor ve kabul ediyorum.

Kişisel verilerimin yukarıda belirtilen amaçlarla, denetleyici ve düzenleyici makamlar ve ilgili kamu kuruluşları ile; Şirket'in sigortaya aracılık eden dağıtım kanalı, hissedarları, doğrudan / dolaylı yurtiçi / yurtdışı iştirakleri, reasürörleri, hizmet alınan, işbirliği yapılan kişi ve kuruluşlar ile destek hizmeti sağlayıcıları, brokerler, diğer sigorta şirketlerine ve sigorta sözleşmesini yaptıran Sigorta Ettiren / Sigorta Ettiren yetkilisine aktarılabileceğini ve bunlarla paylaşılabilirliğini biliyor ve kabul ediyorum.

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 derim.

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.

Sigorta Ettiren /Adı, Soyadı,Tarih

İmza

-- / -- / ----