

Lütfen, Başvuru Formu üzerinde yer alan tüm alanları büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz.
Bu form, teklif niteliğinde değildir.

Grup Adı / Sigorta Ettiren		Sigorta Başlangıç Tarihi	___/___/___
Plan Adı		Sigorta Bitiş Tarihi	___/___/___

SİGORTALI ADAY BİLGİLERİ

	1. Aday (Kendisi)	2. Aday (Eşi)	3. Aday (Çocuk)	4. Aday (Çocuk)	5. Aday (Çocuk)
Ad, Soyad					
Doğum Tarihi	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No					
Fili Çalışma Yeri Departman Kodu					
Sicil No					
İşe Giriş Tarihi					
Meslek / Unvan					
Boy / Kilo	___cm ___kg	___cm ___kg	___cm ___kg	___cm ___kg	___cm ___kg
Doğum Haftası			___hafta	___hafta	___hafta

SİGORTALI ADAY İLETİŞİM BİLGİLERİ (18 yaş üstü sigortalıların kendilerine ait iletişim bilgileri yazılmalıdır.)

	1. Aday (Kendisi)	2. Aday (Eşi)	3. Aday (Çocuk)	4. Aday (Çocuk)	5. Aday (Çocuk)
Telefon	(___) _____	(___) _____	(___) _____	(___) _____	(___) _____
GSM					
E-Posta					
Adres					

BANKA HESAP BİLGİLERİ (Anlaşmasız kuruma başvurulması halinde tedavi masraflarının ödenilmesinin istendiği hesap)
(18 yaş üstü sigortalıların kendilerine ait banka hesap bilgileri yazılmalıdır.)

	Hesap Sahibi	IBAN NO
1. Aday (Kendisi)		
2. Aday (Eşi)		
3. Aday (Çocuk)		
4. Aday (Çocuk)		
5. Aday (Çocuk)		

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza	Sigortalı Adı, Soyadı, Tarih	İmza
___/___/___	<input type="text"/>	___/___/___	<input type="text"/>

Lütfen, aşağıdaki soruları sigorta kapsamına alınacak bireylerin tamamı için yanıtlayınız.

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.

BEYAN

- 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 Acibadem Sigorta A.Ş. tarafından sigorta sözleşmesi ön görüşmeleri ve sigorta sözleşmesi ile ilgili tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin teslimi için bu iletişim bilgilerinin kullanılabilceğini 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.

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza	Sigortalı Adı, Soyadı, Tarih	İmza
___/___/___	<input type="text"/>	___/___/___	<input type="text"/>

DİĞER SİGORTA ŞİRKETİ BİLGİLERİ

Başka sigorta şirket(ler)inde sona eren veya halen devam eden Sağlık Poliçeniz var mı? Evet Hayır

Sigorta Şirketi Adı :

Poliçe Bitiş Tarihi : __/__/____

Poliçe Numarası :

SAĞLIK BİLGİLERİ

“Aşağıda sorgulanan hastalık ya da durumlara vereceğiniz tüm EVET yanıtları için, lütfen açıklamalar bölümüne sigortalı adayı ve hastalık / durum numarasını yazarak; mevcut şikayetlerin ne olduğu, tetkik edilen ya da tedavi olunan rahatsızlık ile ilgili tıbbi tanı, tetkik / tedavi görülen doktor / hastane adı ve son durumunuz ile ilgili detayları belirtiniz. EVET olarak işaretleyeceğiniz hastalık ve/veya durumla ilgili, elinizde bulunan doktor, ameliyat, epikriz raporları, test ve varsa patoloji sonuçlarının kopyalarını lütfen başvuru formuna ekleyiniz.”

Evet Yanıtını Verdiğiniz Sorulara İlişkin Detayları Aşağıda Açıklayınız.

1	Kalp ve damar hastalıkları (Tansiyon, Kolesterol, Kalp Kapak Hastalıkları, Kalp Yetmezliği, Varis, Venöz Yetmezliği vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	13	GiS Hastalıkları (Ağız, Yemek Borusu, Mide, Bağırsak vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
2	Diabet (Şeker Hastalığı)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	14	Karaciğer Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
3	Kanser, Kist, Tümör	<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
4	Sinir Sistemi Hastalıkları(Multipl Skleroz, Felç vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	16	Meme Hastalıkları (Kist, Adenom, Tümör vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
5	Kan Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	17	Psikolojik ve Psikiyatrik Rahatsızlıklar	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
6	Kas ve İskelet Sistemi 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
7	Sirt, Bel, Boyun Rahatsızlıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	19	Ameliyat Oldunuz Mu? Hastanede Yattınız mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
8	Diz Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	20	İlaç Kullanıyor musunuz? (Lütfen Belirtiniz.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
9	Solunum Sistemi Hastalıkları (Akciğer, NefesBorusu, Gırtlak vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	21	Hamile misiniz? (Evet ise kaç haftalık olduğunu belirtiniz.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
10	Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	22	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			
12	Endokrin (hormonal) Hastalıklar (Tiroid, Hipofiz, Cushing vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H			

AÇIKLAMALAR

Sigortalı Aday No	Soru No	Şikayet, Hastalık Adı	Doktor, Hastane İsmi

Ekli Belgeler:

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

BEYAN

• 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 iletteceğim, 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 aktarılabileceği 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 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 paylaşılabilceğini 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 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.

• Başvuru Formu ve Sağlık Beyan Formunda yer alan tüm sigortalı adaylarının tüm bilgilerini bilgim dahilinde verdiğini 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.

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih

İmza

Sigortalı Adı, Soyadı, Tarih

İmza

--/--/----

--/--/----

“Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği” ve “Kişisel Verilerin Korunması” Mevzuatı gereğince;

• 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 iletteceğim, 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 aktarılabileceği 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 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 paylaşılabilceğini 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 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.

• Teklif/Başvuru Formu ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri olan tüm bilgilerin bilgim dahilinde verildiğini ve bilgim dahilindeki gerçeği tamamen yansıttığını şahsımın ve bağımlılarımın sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi ve benzeri) ve gerekçe gibi bilgilerinin Sigorta Ettiren ile paylaşılmasına ve tüm bu bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatim olduğunu kabul ve beyan ederim. 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.

Sigortalı TC Kimlik No : Eş TC Kimlik No :
Sigortalı Adı Soyadı : Sigortalı Adı Soyadı :
Sigortalı İmzası / Tarih : Sigortalı İmzası / Tarih :

Çocuk 18+ TC Kimlik No : Çocuk 18+ TC Kimlik No :
Sigortalı Adı Soyadı : Sigortalı Adı Soyadı :
Sigortalı İmzası / Tarih : Sigortalı İmzası / Tarih :

Çocuk 18+ TC Kimlik No : Çocuk 18+ TC Kimlik No :
Sigortalı Adı Soyadı : Sigortalı Adı Soyadı :
Sigortalı İmzası / Tarih : Sigortalı İmzası / Tarih :