

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 :  
Şirket Merkezi ve Adresi :

Tel No :  
Faks No :  
İç Anadolu Bölge Müdürlüğü :

Tel No :  
Faks No :  
Mersis No :  
Web Sitesi :  
e-mail :

**DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.**  
Büyükdere Cad. Özsezen İş Merkezi 124/B  
34394 Şişli / İSTANBUL  
+90 (212) - 288 68 51 pbx  
+90 (212) - 274 65 85  
Ehlibeyt Mahallesi, Ceyhun Atıf Karsu Caddesi  
Başkent Plaza No:106 Kat:12/44 06000  
Balgat - Çankaya / ANKARA  
+90 (312) - 466 02 80 pbx  
+90 (312) - 427 39 82  
0278006738500017  
**demirsaglik.com.tr**  
musterihizmetleri@demirsaglik.com.tr

**B-UYARILAR**

- 1) Bu sigorta, Türkiye Cumhuriyeti sınırları dışında ikamet eden kişilerin poliçede belirlendiği üzere Türkiye'ye yapacakları seyahatlerini kapsar.
- 2) Sigortanın seyahat başlamadan düzenlenmesi gerekmektedir. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi almak için, Wellcome 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<br><b>DEMİR SAĞLIK VE HAYAT<br/>SİGORTA A.Ş.</b><br> |
| Eşi                       | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                                  |
| 1.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                                  |
| 2.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                                  |

\*Toplam 8 (sekiz) 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 süresi Türkiye sınırlarına giriş anında başlar ve ülkemiz sınırlarından çıkıldığı an sona erer. Bu süreler için Pasaport üzerindeki giriş çıkış tarihleri dikkate alınır.

5) Sözleşmenin kurulması sırasında, sigorta süresince ve rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigortacıya eksik veya yanlış bilgi vermekten 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 günü 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) Sigortadan yararlanacak kişinin başvuru düzenlendiği sırada Türkiye Cumhuriyeti sınırları dışında bulunması gerekmektedir, aksi takdirde poliçe geçersiz olacaktır.

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. Salgın hastalıklar, 0-65 yaş sınırları için kapsam içinde olup, 65 yaş üstü sigortalılar için kapsam dışındadır.

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

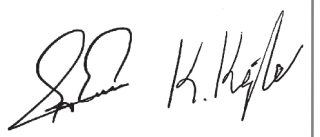
4) Sigorta teminatları ana başlıklar halinde aşağıda belirtilmiştir, içerik ve detayları Özel Şartlar içerisinde kontrol ediniz.

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

Poliçe Genel ve Özel şartlarında teminat kapsamında olan ve teminat dışında kalan durumlar belirtildiğinden teminatlar, sigortalı katılım payları ilgili olarak daha ayrıntılı bilgi sahibi olmak açısından lütfen **Seyahat Sağlık Genel ve Poliçe Özel Şartlarını** dikkatli okuyunuz.

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

6) **Seyahat Sağlık Sigortası**; Sözleşmenin bitiş tarihinden itibaren kendiliğinden sonlanır ve eminatlar durur. **Sigorta ettirenin talebi durumunda yeni bir poliçe düzenlenir.** Bir önceki

| Sigortalılar / Adı Soyadı |      | Sigorta Ettiren        | Aracı Kurum         | Sigortacı                                                                                                                                                    |
|---------------------------|------|------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kendisi                   | İmza | Ad,Soyad / Kaşe / İmza | Yetkili Kaşe / İmza | Ad,Soyad / Kaşe / İmza<br><b>DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.</b><br> |
| Eşi                       | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                              |
| 1.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                              |
| 2.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                              |

\*Toplam 8 (sekiz) 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.

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**. Salgın hastalıkların teminat altına alınabilmesi için salgın hastalık ile ilgili Dünya Sağlık Örgütüncü Pandemi ilan edilmiş olması ve sigortalının üç gün önce ilgili salgın hastalık için test yaptırmış olması ve seyahatin başlangıcında sağlıklı olduğunu belgeleyebilmesi gereklidir.

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.

| Sigortalılar / Adı Soyadı |      | Sigorta Ettiren        | Aracı Kurum         | Sigortacı                                                                                                                                                |
|---------------------------|------|------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kendisi                   | İmza | Ad,Soyad / Kaşe / İmza | Yetkili Kaşe / İmza | Ad,Soyad / Kaşe / İmza<br>DEMİR SAĞLIK VE HAYAT<br>SİGORTA A.Ş.<br> |
| Eşi                       | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |
| 1.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |
| 2.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |

\*Toplam 8 (sekiz) 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.

## D- İPTAL VE CAYMA HAKKI

Police özel şartları içerisinde Police süresi içerisinde vefat durumu ve police iptali taleplerinde geçerli koşullar detaylı açıklanmıştır.

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

## E-TAZMİNAT ÖDEMELERİ

Sigortalı, sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçerli olmak kaydıyla, ani bir hastalık veya kaza karşısında bu Özel Şartlarda belirtilen Demir Hayat Acil Yardım Merkezi ile telefonla irtibata

gececektir. Demir Hayat Acil Yardım Merkezi, sigortalının sağlık konusuna göre gerekli tedaviyle ilgili her türlü hizmeti sağlayacaktır. Sigortalının tedavisinin bitiminde sağlık masrafı Demir Hayat Acil Yardım Merkezi tarafından tedaviyi veren sağlık kurumuna veya doktora tedavi sonrasında ödenecektir. Sigortalının Demir Hayat Acil Yardım Merkezi'ne bilgi vermeksizin aldığı tedaviye ilişkin giderler bu police kapsamında teminat altına alınmaz.

Bu police kapsamında tüm salgın hastalıklar aşağıdaki şartlar dahilinde teminat altına alınmıştır. Salgın hastalıkların teminat altına alınabilmesi için salgın hastalık ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü'nce Pandemi ilan edilmiş olması ve sigortalının Türkiye sınırlarına girmeden üç gün önce ilgili salgın hastalık için test yaptırmış olması ve seyahatin başlangıcında sağlıklı olduğunu belgeleyebilmesi gereklidir.

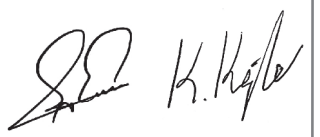
Sigortalı seyahat başlangıcında salgın hastalıkla ilgili bir kan testi yaptırmamış ve seyahat başlangıcında sağlıklı olduğunu ispat edememiş ise gerek provizyon ile anlaşmalı sağlık kurumunda yapılan tedaviler ve gerekse elden geri ödeme ile teminat altına alınmış salgın hastalık tedavi giderleri için 14 günden az olmamak kaydı ile hastalık kuluçka süresi kadar bekleme süresi uygulanır.

## 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<br>DEMİR SAĞLIK VE HAYAT<br>SİGORTA A.Ş.<br> |
| Eşi                       | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |
| 1.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |
| 2.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |

\*Toplam 8 (sekiz) 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 nesneleri 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 aracıları 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<br>DEMİR SAĞLIK VE HAYAT<br>SİGORTA A.Ş.<br> |
| Eşi                       | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |
| 1.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |
| 2.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |

\*Toplam 8 (sekiz) sayfadan oluşan işbu Başvuru Formu, Sağlık Beyanı, Bilgilendirme Metni, KVKK Aydınlatma ve Açık Rıza, İznil 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 Ticarette 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,
- 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<br>DEMİR SAĞLIK VE HAYAT<br>SİGORTA A.Ş.<br> |
| Eşi                       | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |
| 1.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |
| 2.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |

\*Toplam 8 (sekiz) 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 Formu 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<br>DEMİR SAĞLIK VE HAYAT<br>SİGORTA A.Ş.<br> |
| Eşi                       | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |
| 1.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |
| 2.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |

\*Toplam 8 (sekiz) 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 FORMU 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<br>DEMİR SAĞLIK VE HAYAT<br>SİGORTA A.Ş.<br> |
| Eşi                       | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |
| 1.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |
| 2.Çocuk                   | İmza |                        |                     |                                                                                                                                                          |

- \*Toplam 8 (sekiz) 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.