



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

Acente Adı / No		Poliçe Başlangıç Tarihi	
Acente Teknik Personel Adı		Poliçe Bitiş Tarihi	

Sigorta priminin tamamı veya ilk peşinat ödenmediği takdirde, sigortacının sorumluluğu başlamaz. Bu doğrultuda, poliçe başlangıç tarihi hiçbir şekilde primin tamamının veya ilk taksit tutarının ödendiği tarihten farklı olamaz.



Sigorta Ettiren

Adı Soyadı / Ünvanı		TCKN/VKN/YKN:	
Doğum Tarihi/...../.....	Gsm	
E-Posta			
Adres			



Sigortalı Adaylar

	1. Aday (Kendisi)	2. Aday (Eşi)	3. Aday (Çocuk)	4. Aday (Çocuk)	5. Aday (Çocuk)
Adı Soyadı					
TCKN/Pasp. No./YKN					
Doğum Tarihi/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Cinsiyet					
Gsm					
E-Posta					
Meslek					
Boy (cm)/ Kilo (Kg) cm / kg cm / kg cm / kg cm / kg cm / kg



Prim Bilgileri (Satış Kanalı Tarafından Doldurulacaktır.)

Tarife Primi	
İndirim	
Ek Prim	
Toplam Poliçe Primi	

Yukarıda hesaplanmış prim, başvuru formu ile bilgileri verilmiş tüm sigortalı adaylarının sigortalanacağı varsayımı ile mevzuat gereğince hesaplanmış olup; nihai tutar sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme tespit edilerek teklif edilecektir.

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

Satış Kanalı
Yetkilinin Adı, Soyadı / Ünvanı / Tarih / İmza / Kaşe

Ödeme Şekli

Prim Ödeme Aracı	<input type="checkbox"/> Kredi Kartı	<input type="checkbox"/> Havale
	<input type="checkbox"/> Blokeli	<input type="checkbox"/> Blokesiz

Kredi Kartı Bilgileri

Kredi Kartı Sahibi		Kart Türü	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/>
Kredi Kartı No	____/____/****/____	Banka Adı	

Ödeme Planı

Peşin 3 Taksit 6 Taksit 9 Taksit 12 Taksit

BANKA HESAP BİLGİLERİ (Anlaşmazlık kuruma başvurulması halinde tedavi masraflarının ödenmesinin istendiği hesap) 18 yaş ve üzerindeki tüm sigortalıların kendi adına kayıtlı IBAN bilgisi yazılmalıdır.

	Hesap Sahibi	IBAN No
Kendisi		
Eşi		
Çocuk		
Çocuk		
Çocuk		

1. Sigorta Ettiren olarak yazılı talimat ile aksini Sigortacı'ya bildirmedeğim takdirde, bu ve bundan sonraki sigorta sözleşme dönemlerinde Başvuru Formu ile bilgilerimi vermiş olduğum tüm sigortalılar için, aynı sigorta planı dahilinde yeni bir teklifnameye gerek olmaksızın Sigortacı'nın yeniden poliçe tanzim edebileceğini, hesaplanacak primlerin bilgilerimi vermiş olduğum kredi kartından tahsil edilebileceğini ve tarafımdan ACNTURK Sigorta A.Ş.'nin bu konuda işbu beyanla yetkilendirildiğini kabul ediyorum.

2. Bu bilgiler doğrultusunda sigorta primlerinin ikinci bir talimata kadar, kredi kartımdan tahsil edilmesini, tahsil edilmemesi halinde, poliçe teslim olmuş olsa dahi Sigortacı'nın sorumluluğunun başlamayacağını biliyorum ve sözleşmenin kurulması sırasında ve Sigortacı'nın talep ettiği diğer durumlarda sigorta kapsamına alınacak bireylere ait bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ediyorum.

3. Sigorta Ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/ kararlaştırılan prim ödeme vadeleri kesin vade niteliğindedir. Sigorta Ettiren, kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesi uygulanır. Sigortacı'nın, Sigorta Ettiren'in temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunu'ndan doğan diğer hakları saklıdır.

4. Yukarıda hesaplanmış primin, Başvuru Formu ile bilgileri verilmiş tüm sigortalı adaylarının sigortalanaacağı varsayımı ile seçilen ürüne paralel olarak hazırlanmış olduğunu, Başvuru Formu, Sağlık Beyan Formu, ekli belgeler, raporlar, şirket kayıtları ve diğer bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda prim ve poliçe şartlarının değişebileceğini biliyorum ve kabul ediyorum.

5. Başvuru Formu'nun ilgili kısımlarında bildirilen e-posta adreslerinin ve diğer iletişim bilgilerinin şahsıma ve sigortalı adaylarıma ait olduğunu ve ACNTURK Sigorta A.Ş. tarafından sigorta sözleşmesi ön görüşmeleri ve sigorta sözleşmesi ile ilgili tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin teslimi için bu iletişim bilgilerinin kullanılabilirliğini ve Sigortacı tarafından gerek tarafıma gerekse sigortalılara yapılacak tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin tesliminin bu iletişim bilgileri kullanılarak yapılacağını peşinen kabul ettiğimi beyan ederim.

6. Poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunmak suretiyle, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması kaydıyla sigortadan cayabileceğim hususunda bilgilendirildiğimi kabul ve beyan ederim.

7. Bu Başvuru Formu, yapılan bilgilendirmeye istinaden seçilen ürün doğrultusunda tarafımda doldurulmuştur.

Sigorta Ettiren Adı, Soyadı/Ünvanı / Tarih / İmza / Kaşe	Satış Kanalı Yetkilinin Adı, Soyadı/ Ünvanı/ Tarih / İmza / Kaşe
---	---

Sigorta Ettiren Beyanı

- Başvuru ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri verilmiş olan tüm sigortalı adaylarının sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, vb.) gibi bilgilerinin tarafımla paylaşılmasına ve ayrıca her bir sigortalı adayının bilgilerinin birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatleri olduğunu ve her bir sigortalının kendisinden alınmış benim de Sigorta Ettiren olarak okuyup onayladığım ekteki KVKK Veri Sahibi Açık Rıza Beyan Formu'nu da cayma süresi içinde Sigortacı'ya ibraz edeceğimi, aksi halde her türlü sonuçtan şahsen sorumlu olacağımı kabul ve beyan ederim.
- Şirketinizce düzenlenen poliçeler ve tazminat ödemeleri kapsamında risk değerlendirmesi 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 ileteceğim, gerekse de ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı, 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.
- Sigorta Sözleşmesi'ne ait Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nı okuduğumu ve kabul ettiğimi beyan ederim.
- Bu Başvuru ve Sağlık Beyan Formunda 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.
- Başvuru Formu sağlık beyan sorularında işaretlenmeyen soruların cevaplarının "Hayır" olarak işleme alınmasını kabul ederim.

Sağlık Ürün Seçimi

<input type="checkbox"/> (YT + AT) LİMİTSİZ %100	<input type="checkbox"/> (YT + AT) LİMİTSİZ AT%80	<input type="checkbox"/> (YT + AT) AT 50.000 TL %80	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (YT + AT) YT AcnSAĞLIK + ATTSS (Limitsiz)	<input type="checkbox"/> (YT + AT) YT AcnSAĞLIK + ATTSS (10 Adet)	<input type="checkbox"/> (YT + AT) AT ORTAK AİLE 30.000 TL %80	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (YT + AT) AT 30.000 TL %80 + TSS (10 Adet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sadece YT	<input type="checkbox"/>

YT: Yatarak Tedavi Teminatı / AT: Ayakta Tedavi Teminatı

Seçimli / Primli Ek Teminatlar Ürün Seçimi

GÖZLÜK & DİŞ (Ortak Limitli)	İstemiyorum <input type="checkbox"/>	10.000 TL <input type="checkbox"/>	25.000 TL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YURTDIŞI TEDAVİ TEMİNATI	İstemiyorum <input type="checkbox"/>	YT 1.000.000 TL AT 100.000 TL <input type="checkbox"/>	YT 2.000.000 TL AT 200.000 TL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOĞUM (Rutin Kontrol, Komplikasyon, Yeni Doğan Bebek ve Küvöz Dahil)	İstemiyorum <input type="checkbox"/>	30.000 TL <input type="checkbox"/>	60.000 TL <input type="checkbox"/>	Limitsiz <input type="checkbox"/>

NOT:

- Ortak Aile Ürünü ve Sadece Yatarak Tedavi Teminatı alan kişiler Seçimli/Primli Ek Teminatları alamaz.
- Yatarak AcnSAĞLIK, ATTSS ürünü alan kişiler Yurtdışı Tedavi Teminatını alamaz.

Anlaşmalı Kurum Network Ağı

Network 1 <input type="checkbox"/>	Network 2 <input type="checkbox"/>	Network 3 <input type="checkbox"/>	Network 4 <input type="checkbox"/>	Network 5 <input type="checkbox"/>
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

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

Satış Kanalı
Satış Kanalı Adı / Tarih / Yetkili İmzaları / Kaşe

KVKK Veri Sahibi Açık Rıza Beyan Formu

6698 SAYILI KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU ("KVKK") UYARINCA VERİ SAHİBİNİN AÇIK RIZA BEYAN FORMU

Sigorta sözleşmelerinin yapılması sırasında isim-soyad, sağlık verileri gibi kişisel ve özel nitelikteki veriler sizler tarafından bizlere ve aracılığımız ile sigorta şirketlerine aktarılmaktadır. 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu hükümleri uyarınca, kişisel verileri işlenen kimselerin aydınlatılması ve bazı hallerde açık rızalarının alınması gerekmektedir. Türkiye'de Kurulu ACNTURK SİGORTA A.Ş. olarak veri sorumlusu sıfatıyla; aşağıda belirtilen şekillerde elde ettiğimiz kişisel verilerinizin, hukuki ilişkilerimiz ve tarafınıza sağlanan hizmetlerimiz kapsamında, toplanmalarını ve işlenmelerini gerektiren amaç çerçevesinde, bu amaçla bağlantılı, sınırlı ve ölçülü olarak, Şirketimize bildirdiğiniz veya bildirildiği şekliyle, kişisel verilerin doğruluğunu ve en güncel halini koruyarak kaydedileceğini, depolanacağını, muhafaza edileceğini, yeniden düzenleneceğini, kanunen bu kişisel verileri talep etmeye yetkili olan kurumlar ile paylaşılacağını ve KVKK'nın öngördüğü şartlarda, yurtiçinde üçüncü kişilere aktarılacağını, devredileceğini, sınıflandırılabileceğini ve KVKK'da sayılan sair şekillerde işlenebileceğini bildiririz. ACNTURK SİGORTA A.Ş. tarafından KVKK kapsamında hazırlanan aydınlatma metnine www.acnturk.com.tr linkinden ulaşabilirsiniz.

1- ÖZEL NİTELİKLİ KİŞİSEL VERİLER: KVKK kapsamında özel nitelikli kişisel veri sayılan ve şirketimizce, işlemeye konu olabilecek özel nitelikli kişisel verileriniz aşağıdaki gibidir;

Sağlık Verisi: Sigara, alkol kullanımı, sağlık geçmişi, sağlık beyanı, kronik hastalığı, hamilelik durumu, doğum raporu, epikriz raporu, doktor muayene formu, ilaç, reçete ve kupürleri, ileri tanı yöntemlerine ait her türlü tetkik, testler ve sonuçları, kişinin hastalığı ya da sigorta şirketinin şartları kabul ettiğine/etmediğine dair yazdığı yazı, engelli olup olmadığı bilgisi, adli tıp raporu, kan grubu bilgisi, sağlık harcama bilgileri, sağlık kuruluşu ziyaretleri

Biyometrik ve Genetik Veriler: Biyometrik Fotoğraf

2- ÖZEL NİTELİKLİ KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENME AMAÇLARI: Özel nitelikli kişisel veriler, ACNTURK SİGORTA A.Ş. tarafından aşağıda belirtilen amaç ve sebeplerle işlenmektedir. İşbu açık rıza metni kapsamında "Açık rıza metnini okudum ve anladım. Kişisel verilerimin metinde belirtilen şekillerde işlenmesini onaylıyorum ve izin veriyorum" onay kutucugunu işaretlemekle aşağıda belirtilen amaç ve sebeplerle özel nitelikli verilerinizin işlenmesine rıza göstermiş sayılacağınızı bildiririz.

- Poliçe ve/veya zeyil oluşturulması ve poliçelerdeki verilerin güncellenmesi
 - Tekliflerin hazırlanması için verilerin sigorta şirketleri ile paylaşılması
 - Poliçe kapsamında primlerin tahsilatı
 - Sigortalı ve sigorta ettirenlere destek verilmesi, sigortalı/sigorta ettiren kişilerin memnuniyet takibi,
 - Hasar/Provizyon destek süreçlerinin takibi
 - Müşteri destek sürecinde ACNTURK SİGORTA A.Ş. çalışanları ile yapılan çağrıların kaydedilmesi, kaydedilen bu çağrılar çerçevesinde sigortalı/sigorta ettiren şikayet yönetiminin yapılması,
 - Yetkili Kurum ve Kuruluşlar nezdinde mevzuattan kaynaklı yükümlülüklerin yerine getirilmesi,
 - Risk değerlendirilmesi yapmak suretiyle yeni sağlık sigorta ürününe veya diğer sigorta ürünlerine ilişkin fiyatlandırma yapılabilmesi, teklif verilebilmesi ve bu doğrultuda poliçe oluşturulabilmesi,
 - Raporlama ve gerekli analizlerin yapılabilmesi
- Kişisel verileriniz, ilgili yasal düzenlemelerde belirtilen veya işlendikleri amaç için gerekli olan ve her halükarda yasal düzenlemelerde öngörülen zaman aşımı süreleri kadar muhafaza edilecektir.

3- ÖZEL NİTELİKLİ KİŞİSEL VERİLERİN YURT İÇİNE AKTARIMI: Özel nitelikli kişisel verileriniz aşağıda belirtilen amaç ve sebeplerle işbirliği yaptığımız kurum ve kuruluşlarla, yurtiçi/yurtdışı reasürans şirketleriyle, verilerin bulut ortamında saklanması hizmeti aldığımız yurtiçi/yurtdışı kişi ve kurumlarla, müşterilerimize gönderdiğimiz ticari elektronik iletilerin iletilmesi konusunda anlaşmalı olduğumuz yurtiçi/yurtdışı kurumlarla, bankalararası kart merkeziyle, anlaşmalı olduğumuz bankalarla, anlaşmalı olduğumuz asistans firmalarla (araştırma, ambulans hizmetleri, eczane, ftr merkezi, hastane vb.) mevzuatın izin verdiği durumlarda ve sizlere daha iyi hizmet sunabilmek, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakatini sağlayabilmek için çeşitli pazarlama faaliyetleri kapsamında yurtiçinde ve dışında bulunan üçüncü kişi konumundaki anlaşmalı kuruluşlar, iş ortakları, asistans firmalar ve acente /broker ile paylaşılabilir, sınıflandırılabilir ve KVKK ve Yönetmelik'te belirlenen şekilde işlenebilecektir. Yasal yükümlülüklerimiz kapsamında ve bunlarla sınırlı olmak üzere mahkemeler ve kamu kurumlarıyla kişisel veriler paylaşılmakta ve aktarılmaktadır. Bu kapsamda "Açık rıza metnini okudum ve anladım. Kişisel verilerimin metinde belirtilen şekillerde işlenmesini onaylıyorum ve izin veriyorum" onay kutucugunu işaretlemekle aşağıda belirtilen amaç ve sebeplerle yukarıda belirtilen özel nitelikli kişisel verilerinizin yurtiçindeki üçüncü kişilere;

- Talep ettiğiniz poliçelere ilişkin fiyat teklifi alabilmek
- Poliçe ve/veya zeyil oluşturulmasını sağlamak
- Poliçe primlerinin tahsilini sağlamak amaçlarıyla aktarılmasına rıza göstermiş sayılacağınızı bildiririz.
- Hasar/Provizyon takibi
- Yetkili Kurum ve Kuruluşlar nezdinde mevzuattan kaynaklı yükümlülüklerin yerine getirilmesi,
- Risk değerlendirilmesi yapmak suretiyle yeni sağlık sigorta ürününe veya diğer sigorta ürünlerine ilişkin fiyatlandırma yapılabilmesi, teklif verilebilmesi ve bu doğrultuda poliçe oluşturulabilmesi,
- Raporlama ve gerekli analiz çalışmalarının yapılabilmesi,

4- KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ, YURT İÇİNE AKTARIMI

4.1. Kişisel Verilerin Toplanması ve İşlenmesi: Kişisel verileriniz; sigorta teklifleri, sigorta poliçeleri, bireysel emeklilik sözleşmeleri kapsamında sözleşme gereğinin ifa edilebilmesi, sigortacılık ve bireysel emeklilik ürün ve hizmetlerinin sunulabilmesi, mevzuatta belirtilen yükümlülüklerin ifa edilebilmesi, işlem yapanın/yaptıranın kimliğinin tespit edilebilmesi, elektronik ortamda veya basılı olarak kayıt ve belge düzenlenebilmesi, mevzuatta öngörülen bilgi saklama, raporlama, bilgilendirme yükümlülüklerinin yerine getirilebilmesi amacıyla işlenebilecektir. Kişisel verileriniz, çağrı merkezi veya diğer sözlü, elektronik veya yazılı ortamlar kanalıyla toplanabilecek ve işlenebilecektir.

Kişisel verileriniz, KVKK'ya uygun olarak, özellikle ACNTURK'ün verinin paylaşılmasında ilgili kişinin temel hak ve özgürlüğünü zedelemeyen meşru bir menfaati varsa ya da ACNTURK'ün sizlere hizmet vermek üzere tarafı olduğu bir sözleşmenin ifası kapsamında gerekiyorsa ve geçmiş ve güncel sağlık raporlarının, kullanılan ilaçların, tedavilerin araştırılması için bu amaç kapsamında yurtiçindeki 3. kişilere/firmalara aktarılabilir.

KVKK Veri Sahibi Açık Rıza Beyan Formu

4.2. Kişisel Veriler: Tarafımızca, yurt içine aktarılabilecek kişisel verileriniz aşağıdaki gibidir;

Kimlik Verisi: Adı, soyadı, TCKN, doğum tarihi ve diğer kimlik bilgileri, pasaport fotokopisi, evlilik Cüzdanı fotokopisi

İletişim Verisi: Telefonu, e-postası, adresi

Çalışma Verisi: Mesleği, çalıştığı şirket adres ve iletişim bilgileri, çalışma şekli (tam zamanlı/kısmi, Saha ve ofis çalışanı vb), bağlı bulunduğu departman, unvanı, eğitim durumu, Meslek belgesi, Sgk işe giriş/çıkış bildirgesi

Görsel ve İşitsel Veri: Gerçek kişiye ait fotoğraf, kamera kayıtları

Finansal Veriler: Kredi kartı bilgileri, IBAN numarası

Diğer: Araç bilgileri (plaka, model vb), araç proforma veya ruhsat fotokopisi, seyahat, vize bilgileri, tapu fotokopisi

4.3. Kişisel Verilerin Aktarılması :Veri sorumlusu sıfatı ile ACNTURK SİGORTA A.Ş. tarafından toplanan kişisel verileriniz, kaydedilecek, saklanacak, sigortacılık hizmetlerini devam ettirebilmek için güncellenecek, sigortacılık faaliyetlerini yürütebilmek için işbirliği yaptığımız kurum ve kuruluşlarla, yurtiçi/yurtdışı reasürans şirketleriyle, verilerin bulut ortamında saklanması hizmeti aldığımız yurtiçi/yurtdışı kişi ve kurumlarla, müşterilerimize gönderdiğimiz ticari elektronik iletilerin iletilmesi konusunda anlaşmalı olduğumuz yurtiçi/yurtdışı kurumlarla, bankalararası kart merkeziyle, anlaşmalı olduğumuz bankalarla, mevzuatın izin verdiği durumlarda ve sizlere daha iyi hizmet sunabilmek, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakatini sağlayabilmek için çeşitli pazarlama faaliyetleri kapsamında yurtiçinde ve dışında bulunan üçüncü kişi konumundaki anlaşmalı kuruluşlar, iş ortakları, sözleşmeli asistans firmalar ve acente /broker ile paylaşılabilir, sınıflandırılabilir ve KVKK ve Yönetmelik'te belirlenen şekilde işlenebilecektir. Yasal yükümlülüklerimiz kapsamında ve bunlarla sınırlı olmak üzere mahkemeler ve kamu kurumlarıyla kişisel veriler paylaşılmaktadır

Yukarıda belirtilen kişi / organizasyonlar, poliçe kayıtlarınızla ilgili herhangi bir bilgiyi, bunlarla sınırlı olmamak üzere; kurum değişikliği, sigorta tekniğinin gerektirdiği haller ve yasal soruşturma amaçlarıyla isteyebilir. ACNTURK, bu bilgileri sigorta tekniğinin gerektirmesi ya da yasal yükümlülükler nedeniyle bu organizasyonlara ve kişilere aktarabilir.

Aşağıda yer alan "Açık rıza metnini okudum ve anladım. Kişisel verilerimin metinde belirtilen şekillerde işlenmesini, 3.kişilerle geçmiş ve güncel sağlık raporlarımın, ilaçlarımın, tedavilerimin araştırılmasını ve özel bilgi toplanmasını onaylıyorum ve izin veriyorum." onay kutucuğunu işaretlemekle aşağıda belirtilen amaç ve sebeplerle yukarıda belirtilen kişisel verilerinizin yurt içindeki alıcı gruplarına, belirlenen amaçlarla aktarılmasına rıza göstermiş sayılacağını bildiririz

Sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hasarların takibi, tazminat ödemesi ya da sözleşmeden kaynaklanan diğer hizmetlerin verilebilmesi amacıyla size toplu e-posta, SMS gönderebilmek amacıyla kişisel verilerinizi yurt içinde anlaşmalı olduğumuz ilgili hizmeti veren tedarikçilere aktardığımızı bildiririz.

Açık rıza metnini okudum ve anladım. Kişisel verilerimin metinde belirtilen şekillerde işlenmesini, aktarılmasını, doktor, sağlık kurumları, diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAGMER), ambulans destek hizmeti şirketleri, Asistans firmalar, acente/broker ve diğer ilgililerden hakkımda bilgi alma konusunda ACNTURK SİGORTA A.Ş.'ye ve onun yetkilendirdiği 3.kişilere, Acnturk Sigorta A.Ş. tarafından yetkilendirilmiş araştırma firmaları tarafından geçmiş ve güncel sağlık raporlarımın, ilaçlarımın, tedavilerimin araştırılmasını ve özel bilgi toplanmasını onaylıyorum ve izin veriyorum.

Sigortalanacak kişiler (18 yaş üzeri sigortalılar için gereklidir.)

	Sağlık Açık Rıza (Okudum, anladım)	İletişim/ Veri İşleme Açık Rıza (Okudum, anladım)	Tarih	İmza
Sigortalı	<input type="checkbox"/> Onay Veriyorum <input type="checkbox"/> Onay Vermiyorum	<input type="checkbox"/> Onay Veriyorum <input type="checkbox"/> Onay Vermiyorum / /	
Eşi	<input type="checkbox"/> Onay Veriyorum <input type="checkbox"/> Onay Vermiyorum	<input type="checkbox"/> Onay Veriyorum <input type="checkbox"/> Onay Vermiyorum / /	
1. Çocuk	<input type="checkbox"/> Onay Veriyorum <input type="checkbox"/> Onay Vermiyorum	<input type="checkbox"/> Onay Veriyorum <input type="checkbox"/> Onay Vermiyorum / /	
2. Çocuk	<input type="checkbox"/> Onay Veriyorum <input type="checkbox"/> Onay Vermiyorum	<input type="checkbox"/> Onay Veriyorum <input type="checkbox"/> Onay Vermiyorum / /	
3. Çocuk	<input type="checkbox"/> Onay Veriyorum <input type="checkbox"/> Onay Vermiyorum	<input type="checkbox"/> Onay Veriyorum <input type="checkbox"/> Onay Vermiyorum / /	