

Lütfen, Başvuru Formu üzerinde yer alan tüm alanları büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz. Belirtilen teklif numarasında teminat tablosunda seçmiş olduğunuz plan ve detay ile ilgili bilgiye ulaşabilirsiniz. Bu form, teklif niteliğinde değildir.

Broker/ Acente No		Seçilen Ürün / Başvuru No	
Teknik Personel Adı		Police Başlangıç Tarihi	Police Bitiş Tarihi

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

SİGORTA ETTİREN

Adı, Soyadı / Ünvanı		Vergi Dairesi No	
Doğum Yeri / Tarihi		GSM No	
Cinsiyet		Telefon	
Kimlik Tipi / No		E-posta	
Meslek			
Adres	İkamet		Yazışma Tercihi
	İş/Tercih edilen		☐ İkamet ☐ İş/Tercih

SİGORTALI ADAYLARI

	1. Aday	2. Aday	3. Aday	4. Aday	5. Aday
Adı					
Soyadı					
Yakınlık					
Cinsiyet					
Kimlik Tipi					
Kimlik No					
Uyruk					
Doğum Tarihi					
GSM No					

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih
__ / __ / __	__ / __ / __

	1. Aday	2. Aday	3. Aday	4. Aday	5. Aday
Adres					
E-Posta					
Meslek					
Boy/Kilo	cm / kg	cm / kg	cm / kg	cm / kg	cm / kg

PRİM BİLGİLERİ (Bu bölüm, satış kanalı tarafından doldurulacaktır.)

Toplam Poliçe Primi	
Peşin İndirimli Poliçe Primi	

Önemli Not: Bu form bir teklif niteliğinde değildir. Yukarıda hesaplanmış prim, başvuru formu ile bilgileri verilmiş tüm sigortalı adaylarının sigortalanacağı varsayımı ile fikir verme amacıyla belli ana kriterler esas alınarak örnek olarak mevzuat gereğince hesaplanmış olup; nihai tutar sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme tespit edilerek teklif edilecektir.

ÖDEME ŞEKLİ

Nakit ☐	Kredi Kartı (Blokeli) ☐	Kredi Kartı (Bloklesiz) ☐
☐ PEŞİN TAHSİLAT	Kredi Kartı Sahibi	
☐ 2 EŞİT TAKSİT	Kredi Kartı No	____/____/____/____
☐ 4 EŞİT TAKSİT	Banka Adı	
☐ 6 EŞİT TAKSİT	Kart Türü	☐ Visa ☐ Master ☐ TROY
☐ 8 EŞİT TAKSİT	CVV	---
	Son Kullanma Tarihi	--/--

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

	Hesap Sahibi	IBAN No
1. Aday		TR
2. Aday		TR
3. Aday		TR
4. Aday		TR
5. Aday		TR

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih
__ / __ / ____	__ / __ / ____

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, Sağlık 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.

SİGORTA ŞİRKETİ BİLGİLERİ

Herhangi bir sigorta şirket(ler)inde sona eren veya halen devam eden Sağlık poliçeniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır		
Sigortalı Adı Soyadı:	Sigorta Şirketi Adı:	Poliçe Tarihi:
Sigortalı Adı Soyadı:	Sigorta Şirketi Adı:	Poliçe Tarihi:
Sigortalı Adı Soyadı:	Sigorta Şirketi Adı:	Poliçe Tarihi:
Sigortalı Adı Soyadı:	Sigorta Şirketi Adı:	Poliçe Tarihi:
Sigortalı Adı Soyadı:	Sigorta Şirketi Adı:	Poliçe Tarihi:

SAĞLIK BEYANI**SAĞLIK BİLGİLERİ**

"Aşağıda sorgulanan hastalık ya da durumlara vereceğiniz "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 durum 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 Beyan Formuna ekleyiniz."

1	Yüksek Tansiyon (Hipertansiyon)	☐ E ☐ H	20	Meme Hastalıkları	☐ E ☐ H
2	Şeker Hastalığı (Diyabet)	☐ E ☐ H	21	Erkek Hastalıkları	☐ E ☐ H
3	Kan Hastalıkları	☐ E ☐ H	22	Kadın Hastalıkları	☐ E ☐ H
4	Kanserler	☐ E ☐ H	23	Organ Yetmezlikleri	☐ E ☐ H
5	Kanser Olmayan İyi Huylu Kist Kitle ve Tümörler	☐ E ☐ H	24	Omurga Hastalıkları	☐ E ☐ H

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih
__ / __ / __	__ / __ / __

6	Doğumsal (Konjenital) Hastalıklar	☐ E ☐ H	25	Omuz, Kalça, Diz Hastalıkları	☐ E ☐ H
7	Beyin ve Sinir Sistemi Hastalıkları	☐ E ☐ H	26	Fıtıklar	☐ E ☐ H
8	Göz Hastalıkları	☐ E ☐ H	27	Psikolojik ve Psikiatrik Hastalıklar	☐ E ☐ H
9	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	☐ E ☐ H	28	Geçirilmiş Kaza, Yaralanma veya Travma	☐ E ☐ H
10	Endokrin (Hormon) Sistem Hastalıkları	☐ E ☐ H	29	Diğer	☐ E ☐ H
11	Kalp Damar Hastalıkları	☐ E ☐ H	30	Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?	☐ E ☐ H
12	Solunum Sistemi Hastalıkları	☐ E ☐ H	31	Daha önce EKG, Ekokardiyografi, Ultrason, Sintigrafi, BT, MR, PET, Mamografi, Biyopsi, Anjiyografi, Endoskopi vb bir tetkik yapıldı mı?	☐ E ☐ H
13	Sindirim Sistemi Hastalıkları	☐ E ☐ H	32	Daha önce hiç ameliyat oldunuz mu ya da hastanede yatışlı tedavi gördünüz mü?	☐ E ☐ H
14	Karaciğer, Safra Kesesi, Pankreas Hastalıkları	☐ E ☐ H	33	Daha önce hiç fizik tedavi aldınız mı?	☐ E ☐ H
15	Anorektal Hastalıklar	☐ E ☐ H	34	Herhangi bir sebeple engelli raporu aldınız mı?	☐ E ☐ H
16	Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	☐ E ☐ H	35	Doktora başvurulmamış ya da tanı konulmamış olsa bile bilinen bir rahatsızlığınız / şikayetiniz / hastalığınız var mı?	☐ E ☐ H
17	Romatizmal ve Bağ Dokusu Hastalıklar	☐ E ☐ H	36	Hamile misiniz?	☐ E ☐ H
18	Cilt Hastalıkları	☐ E ☐ H	37	Bebeğin doğumdan sonra yenidoğan sarılığı, yenidoğan solunum problemleri, doğumsal anomaliler, yapısal bozukluklar, metabolik hastalıklar veya bunlar dışında herhangi bir nedenle gördüğü tedavi, hastane yatışı veya geçirdiği ameliyat var mı?	☐ E ☐ H
19	Ürogenital Sistem Hastalıkları	☐ E ☐ H	38	Yukarıda belirtilmeyen geçirmiş olduğunuz ya da şüphelenilen hastalıklarınızı lütfen aşağıda belirtiniz.	☐ E ☐ H

AÇIKLAMALAR

Sigortalı Aday No - Adı Soyadı	Soru No	Şikayet, Hastalık Adı	Tanı Tarihi / Doktor, Hastane Adı
1			
2			
3			
4			
5			

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

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

_ _ / _ _ / _ _ _ _

_ _ / _ _ / _ _ _ _

YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

☐ Limitsiz

AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

☐ Limitsiz

☐ 2.000 TL

☐ 3.000 TL

☐ 4.000 TL

☐ 5.000 TL

☐ Katılım Oranı

☐ 0

☐ 20

İleri Teşhis Yöntemleri

☐ İstiyorum

☐ İstemiyorum

YURT DIŞI YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

☐ İstiyorum

☐ İstemiyorum

☐ Limitsiz

☐ 70.000 Euro

YURT DIŞI AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

☐ İstiyorum

☐ İstemiyorum

☐ 5.000 TL

☐ 7.500 TL

MEDİKAL HİZMET AĞI SEÇİMİ

☐ Standart

☐ EKO

DOĞUM TEMİNATI SEÇİMİ

☐ İstiyorum

☐ İstemiyorum

☐ 1.000 TL

☐ 2.000 TL

☐ 3.500 TL

☐ 5.000 TL

☐ 7.000 TL

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

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

-- / -- / --

-- / -- / --

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASINA İLİŞKİN AYDINLATMA METNİ

İşbu Aydınlatma Metni; Aksigorta Anonim Şirketi ("Şirket" ve/veya "Aksigorta") olarak 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("Kanun") kapsamında Veri Sorumlusu sıfatına sahip olmamız nedeniyle, ilgili mevzuattan kaynaklanan yasal yükümlülüklerimizin yerine getirilmesi kapsamında sizlerin Kanun'un 10. maddesi ile Aydınlatma Yükümlülüğünün Yerine Getirilmesinde Uyulacak Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ çerçevesinde aydınlatılması amacıyla hazırlanmıştır. Bu kapsamda, işbu Aydınlatma Metni'nde; veri sorumlusunun ve varsa temsilcisinin kimliği, kişisel verilerin hangi amaçla işleneceği, kişisel verilerin kimlere ve hangi amaçla aktarılacağı, kişisel veri toplamanın yöntemi ile hukuki sebebi ve ilgili kişinin Kanun'un 11. maddesinde sayılan diğer haklarına ilişkin bilgileri aşağıda ayrıntılı olarak yer almaktadır.

1. Toplanma Yöntemleri ve İşlenen Kişisel Veriler

Sağlık sigortaları kapsamında işlenen kişisel verileriniz; Aksigorta internet sitesi başta olmak üzere çeşitli vasıtalarla sözlü, yazılı ya da elektronik olarak toplanabilmektedir. Bu kapsamda Şirketimiz tarafından kişisel verileriniz; sigorta şirketleri, acenteler, brokerlar, çevrimiçi uygulamalar, başvuru formları, çağrı merkezi, e-posta/yardım ekranı gibi araçlar, sağlık kuruluşları, hizmet/ürün tedarik edilen firmalar gibi üçüncü kişiler ile başta 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca yetkili kılınan kamu kurum ve kuruluşları, mevzuat ile izin verilen veri tabanları vasıtalarıyla toplanabilmektedir.

Sağlık sigortaları kapsamında işlenen kişisel verileriniz aşağıdaki tabloda dikkatinize sunulmaktadır:

İşlenen Kişisel Veriler

<u>Kimlik Bilgisi:</u> Ad-soyadı, TCKN/yabancı kimlik numarası, uyruk, doğum tarihi, cinsiyet, baba adı, anne adı, yaş. <u>İletişim Bilgisi:</u> Telefon numarası, faks, cep telefonu, e-posta, NVI adres. <u>Mesleki Deneyim Bilgisi:</u> Meslek, meslek kodu, uzmanlık bilgisi, eğitim tescil türü.	<u>Hukuki İşlem Bilgisi:</u> Adli makamlarla yazışmalardaki bilgiler, dava dosyasındaki bilgiler. <u>Müşteri İşlem Bilgisi:</u> Poliçe numarası, zeyil numarası, poliçe başlangıç tarihi, poliçe bitiş tarihi, riziko adresi, sigortalı bilgileri, hizmet alınan acente adı, çağrı merkezi kayıtları, talep bilgileri. <u>Finansal Bilgiler:</u> Kredi/banka kartı bilgisi, hesap sahibi, hesap bilgileri, IBAN numarası.	<u>İşlem Güvenliği:</u> Elektronik sigortacılık kanallarına giriş için gerekli müşteri bilgileri, IP adresleri, şifre ve parolalar. <u>Pazarlama Bilgisi:</u> Çerez kayıtları, veri zenginleştirme faaliyetleri ile türetilen bilgiler, anketler, kampanyalar ve doğrudan pazarlama çalışmaları neticesinde elde edilen bilgiler ve değerlendirmeler.	<u>Özel Nitelikli Veriler:</u> Genel sağlık bilgileri, mevcut hastalık / şikayet / tedavi bilgileri, zararlı madde kullanım alışkanlığı, hamilelik bilgisi, röntgen sonuçları, laboratuvar sonuçları, vücut kitle endeksi, engellilik durumu içerir sağlık verileri. <u>Diğer Bilgiler:</u> Görsel ve işitsel kayıtlar, sigorta kapsamından faydalanabilecek olan yakın bilgileri.
---	---	---	--

İşlenme Amacı ve Hukuki Sebebi

- a) Kimlik, iletişim mesleki deneyim, müşteri işlem, finansal bilgiler ve diğer verilerden oluşan kişisel verileriniz;

Polİçe teklİf ve yenİleme teklİflerİnİn sunulması, poliçelerin düzenlenmesi, poliçe primlerinin hesaplanması ve raporlaması, Aksigorta sistemleri üzerinden sigortalıya ait poliçe bilgilerinin sorgulanması, ödeme ve muhasebe süreçlerinin yürütülmesi, sigorta sözleşmesi kapsamındaki yükümlölüklerin ifası, prim tahsil ve iade süreçlerinin yürütülmesi, tazminat süreçlerinin yürütülmesi, sağlık kuruluşları ve diğer kurumlar ile provizyon süreçlerinin yürütülmesi amaçlarıyla İşlenen kişisel veriler, Kanun'un 5/2 (c) bendi uyarınca sigorta sözleşmesinin kurulması ve ifasıyla doğrudan doğruya ilgili olması kaydıyla, sözleşmenin taraflarına ait kişisel verilerin İşlenmesinin gerekli olması şartına dayalı olarak;

- b) Kimlik, İletİşim, mesleki deneyim, müşteri İşlem, hukuki İşlem, finansal bilgiler, İşlem güvenliği, diğer bilgilerden oluşan kişisel verileriniz; Kimlik doğrulama süreçlerinin yürütülmesi, mevzuattan doğan yükümlölüklerin yerine getirilmesi, yetkili kişi, kurum ve kuruluşlara bilgi verilmesi, hukuk İşlerinin takibi, saklama ve arşiv faaliyetlerinin yürütülmesi, bilgi ve İşlem güvenliği süreçlerinin yürütülmesi, İletİşim faaliyetlerinin yürütülmesi, sigorta şirketleri ve üçüncü kişiler tarafından İletİlen rücu taleplerinin değerlendirilmesi ve cevaplandırılması, risk yönetimi süreçlerinin yürütülmesi amaçlarıyla İşlenen kişisel veriler, Kanun'un 5/2 (ç) bendi uyarınca veri sorumlusunun hukuki yükümlölüğünü yerine getirebilmesi için veri İşlemenin zorunlu olması şartına dayalı olarak;
- c) Kimlik, İletİşim, mesleki deneyim, müşteri İşlem, hukuki İşlem, finansal bilgiler, İşlem güvenliği, diğer bilgilerden oluşan kişisel verileriniz; Sigorta şirketleri ve üçüncü kişilere rücu taleplerine İlişkin süreçlerin yürütülmesi, sigorta şirketleri ve üçüncü kişiler tarafından İletİlen rücu süreçlerinin yürütülmesi, prim tahsil ve iade süreçlerinin yürütülmesi, tazminat süreçlerinin yürütülmesi, sağlık kuruluşları ve diğer kurumlar ile provizyon süreçlerinin yürütülmesi, çağrı merkezi süreçlerinin yürütülmesi, poliçe teklİf ve yenİleme teklİflerİnİn sunulması, poliçelerin düzenlenmesi, poliçe primlerinin hesaplanması ve raporlaması, sigorta sözleşmesi kapsamındaki yükümlölüklerin ifası, kimlik doğrulama süreçlerinin yürütülmesi, mevzuattan doğan yükümlölüklerin yerine getirilmesi, yetkili kişi, kurum ve kuruluşlara bilgi verilmesi, hukuk İşlerinin takibi, saklama ve arşiv faaliyetlerinin yürütülmesi, sigorta reasürans ve koasürans süreçlerinin yürütülmesi amaçlarıyla Kanun'un 5/2 (e) bendi uyarınca; bir hakkın tesisi, kullanılması veya korunması için veri İşlemenin zorunlu olması şartına dayalı olarak;
- d) Kimlik, İletİşim, müşteri İşlem, hukuki İşlem, İşlem güvenliğinden oluşan kişisel verileriniz; Müşteri memnuniyet süreçlerinin yürütülmesi, risk yönetimi süreçlerinin yürütülmesi, denetim süreçlerinin yürütülmesi, tedarikçi firmalarla mutabakat süreçlerinin yürütülmesi, sigorta reasürans ve koasürans süreçlerinin yürütülmesi, İletİşim faaliyetlerinin yürütülmesi, Kanun'un 5/2 (f) bendi uyarınca; ilgili kişinin temel hak ve özgürlüklerine zarar vermemek kaydıyla, veri sorumlusunun meşru menfaatleri için veri İşlenmesinin zorunlu olması şartına dayalı olarak;
- e) Kimlik, İletİşim, müşteri İşlem, İşlem güvenliği ve pazarlama bilgisinden oluşan kişisel verileriniz; pazarlama, reklam ve kampanya süreçlerinin yürütülmesi, 6563 sayılı Elektronik Ticaretin Düzenlenmesi Hakkında Kanun ile hukuki dayanağını bundan alan ikincil mevzuattan ("Elektronik Ticaret Mevzuatı") kaynaklanan yükümlölükler uyarınca ticari elektronik İleti izinlerinin alınması amacıyla Kanun'un 5/1. fıkrası uyarınca aık rıza şartına dayalı olarak;
- f) Özel nitelikli kişisel verileriniz; poliçe teklİf ve yenİleme teklİflerİnİn sunulması, poliçelerin düzenlenmesi, poliçe primlerinin hesaplanması ve raporlaması, sağlık sigortası geçiş süreçlerinin yürütülmesi, sigorta sözleşmesi kapsamındaki yükümlölüklerin ifası, kimlik doğrulama süreçlerinin yürütülmesi, mevzuattan doğan yükümlölüklerin yerine getirilmesi, yetkili kişi, kurum ve kuruluşlara bilgi verilmesi, saklama ve arşiv faaliyetlerinin yürütülmesi amaçlarıyla Kanun'un 6/2 (b) bendi uyarınca kanunlarda aıkça öngörölmesi ve (d) bendi uyarınca bir hakkın tesisi, kullanılması veya korunması için zorunlu olması şartına dayalı olarak ve/veya sigorta şirketleri ve üçüncü kişilere rücu taleplerine İlişkin süreçlerin yürütülmesi, sigorta şirketleri ve üçüncü kişiler tarafından İletİlen rücu süreçlerinin yürütülmesi, prim tahsil ve iade süreçlerinin yürütülmesi, tazminat süreçlerinin yürütülmesi, sağlık kuruluşları ve diğer kurumlar ile provizyon süreçlerinin yürütülmesi, hukuki süreçlerin yürütülmesi amaçlarıyla Kanun'un 6/2 (d) bendi uyarınca bir hakkın tesisi, kullanılması veya korunması için zorunlu olması şartına dayalı olarak İşlenmektedir.

2. Kişisel Verilerin Aktarılması

Aksigorta, kişisel verilerin aktarılması konusunda Kanun'un 8. ve 9'uncu maddelerinde öngörülen ve Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından alınan karar ve ilgili düzenlemelere uygun bir şekilde hareket etmektedir. Bu kapsamda Şirketimiz, kişisel verileri gerekli güvenlik önlemlerini almak kaydıyla ve işbu Aydınlatma Metni'nde belirtilen amaçlarla sınırlı olarak aktarmaktadır.

Faaliyet alanımız kapsamındaki hizmetleri sağlayabilmek ve verilen hizmetlerin kalite kontrolünü yapabilmek için bir sözleşme ilişkisi çerçevesinde üçüncü kişilere kişisel veri aktarımı yapılabilmektedir. Bu kapsamda, kişisel verileriniz; yurt içinde işbirliği yaptığımız, yazılım destek hizmeti sunan şirketler, avukatlar, danışmanlar dahil hizmetlerinden faydalandığımız iş ortakları ve işbirliği ve/veya hizmet aldığımız iş ortakları, hizmet sağlayıcı ve/veya aracı hizmet sağlayıcı sıfatını haiz üçüncü kişiler, yetkili acenteler/brokerler, reasürörler, eksperler, asistans şirketleri, provizyon hizmet kuruluşları, sağlık kuruluşları, diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, MASAK, Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü ve Sigortacılık Kanunu ve diğer mevzuat hükümleri çerçevesindeki ilgili resmi merciler, denetleyici ve düzenleyici kamu kurum ve kuruluşları, anlaşmalı bankalar ve Kanun'un izin verdiği hallerde iş birliği içinde bulunduğumuz yurt dışında bulunan üçüncü kişi sağlayıcılar ile paylaşılabilmektedir.

3. İlgili Kişi Hakları

Veri Sorumlusu olan Şirketimize başvurarak; kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini sorgulama, işlenmişse bu konuda bilgi talep etme, kişisel verilerinizin işlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını, yurt içi veya yurtdışına aktarılıp aktarılmadığını sorgulama, eksik veya yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme, kişisel verilerinizin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle zarara uğramanız halinde zararınızı giderilmesini isteme, silinmesini veya yok edilmesini talep etme haklarınız bulunmaktadır.

Kanun'da belirtilen haklarınızı kullanmak amacıyla, hangi haklarınızı kullanmak istediğinizi açık olarak belirteceğiniz ve web sitemizden ulaşabileceğiniz başvuru formunu, formda yer alan bilgiler ve usul doğrultusunda kimliğinizi tespit edici belgelerle Şirketimize ulaştırabilirsiniz. Şirketimize ilgili kişiden gelecek yukarıda yer alan talepleri içeren yazılı başvurulara 30 (otuz) gün içerisinde cevap verilecektir. Talep ettiğiniz konuda başkası adına hareket ediyorsanız bu konuda özel olarak yetkili olmanız ve yetkinizin belgelendirilmesi, başvurunun kimlik ve adres bilgilerini içermesi ve başvuruya kimliğinizi tevsik edici belgelerin eklenmesi gerekmektedir.

Ünvan: Aksigorta A.Ş.

MERSİS Numarası: 0035-0003-0220-0016

E-posta: kvkk@aksigorta.com.tr

Telefon numarası: 0216 280 88 88

İletişim adresi: Barbaros Mah. İhlamur Bulvarı No: 3 B / 228 Ataşehir / İstanbul

Sigorta Ettiren Ünvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih	Satış Kanalı Ünvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih
____/____/____	____/____/____

Sigortalı Kimlik No:	
Adı Soyadı:	
Sigortalı İmza / Tarih:	--/--/----

Eşii Kimlik No:	
Adı Soyadı:	
Sigortalı İmza / Tarih:	--/--/----

Sigortalı Kimlik No:	
Adı Soyadı:	
Sigortalı İmza / Tarih:	--/--/----

Sigortalı Kimlik No:	
Adı Soyadı:	
Sigortalı İmza / Tarih:	--/--/----

Sigortalı Kimlik No:	
Adı Soyadı:	
Sigortalı İmza / Tarih:	--/--/----

*** 18 yaş altı çocuk için ebeveyninin veya yasal vasisinin adı soyadı ve imzası alınacaktır.**