

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	
Adres	İkamet		Yazışma Tercihi
	İş/Tercih edilen		<input type="checkbox"/> İkamet <input type="checkbox"/> 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**

<input type="checkbox"/> Nakit	<input type="checkbox"/> Kredi Kartı (Blokeli)	<input type="checkbox"/> Kredi Kartı (Bloklesiz)
<input type="checkbox"/> PEŞİN TAHSİLAT	Kredi Kartı Sahibi	
<input type="checkbox"/> 2 EŞİT TAKSİT	Kredi Kartı No	___/___/___/___
<input type="checkbox"/> 4 EŞİT TAKSİT	Banka Adı	
<input type="checkbox"/> 6 EŞİT TAKSİT	Kart Türü	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> TROY
<input type="checkbox"/> 8 EŞİT TAKSİT	CVV	---
	Son Kullanma Tarihi	--/--

**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		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? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	20	Meme Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
2	Şeker Hastalığı (Diyabet)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	21	Erkek Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
3	Kan Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	22	Kadın Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
4	Kanserler	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	23	Organ Yetmezlikleri	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
5	Kanser Olmayan İyi Huylu Kist Kitle ve Tümörler	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	24	Omurga Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H

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

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

-- / -- / --

-- / -- / --

TEMİNAT SEÇİMİ

Sigortalı Aday No	
Yatarak	<input type="checkbox"/>
Sigortalı Aday No	
Yatarak + Ayakta	<input type="checkbox"/>
Sigortalı Aday No	
Yatarak + Annelik Doğum	<input type="checkbox"/>
Sigortalı Aday No	
Yatarak + Ayakta + Annelik Doğum (Rutin Kontrol Dahil)	<input type="checkbox"/>

MEDİKAL HİZMET AĞI

Sigortalı Aday No	<input type="checkbox"/> T1
Sigortalı Aday No	<input type="checkbox"/> T2

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 bilgiler 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

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

#### İşlenme Amacı ve Hukuki Sebebi

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

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

- b)** Kimlik, iletişim, mesleki deneyim, müşteri işlem, hukuki işlem, finansal bilgiler, işlem güvenliği, diğer bilgilerden oluşan kişisel verileriniz; Kimlik doğrulama süreçlerinin yürütülmesi, mevzuattan doğan yükümlülüklerin yerine getirilmesi, yetkili kişi, kurum ve kuruluşlara bilgi verilmesi, hukuk işlerinin takibi, saklama ve arşiv faaliyetlerinin yürütülmesi, bilgi ve işlem güvenliği süreçlerinin yürütülmesi, iletişim faaliyetlerinin yürütülmesi, sigorta şirketleri ve üçüncü kişiler tarafından iletilen rücu taleplerinin değerlendirilmesi ve cevaplandırılması, risk yönetimi süreçlerinin yürütülmesi amaçlarıyla işlenen kişisel veriler, Kanun'un 5/2 (ç) bendi uyarınca veri sorumlusunun hukuki yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için veri işlemenin zorunlu olması şartına dayalı olarak;
- c)** Kimlik, iletişim, mesleki deneyim, müşteri işlem, hukuki işlem, finansal bilgiler, işlem güvenliği, diğer bilgilerden oluşan kişisel verileriniz; Sigorta şirketleri ve üçüncü kişilere rücu taleplerine ilişkin süreçlerin yürütülmesi, sigorta şirketleri ve üçüncü kişiler tarafından iletilen 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 teklif ve yenileme tekliflerinin sunulması, poliçelerin düzenlenmesi, poliçe primlerinin hesaplanması ve raporlaması, sigorta sözleşmesi kapsamındaki yükümlülüklerin ifası, kimlik doğrulama süreçlerinin yürütülmesi, mevzuattan doğan yükümlülüklerin yerine getirilmesi, yetkili kişi, kurum ve kuruluşlara bilgi verilmesi, hukuk işlerinin 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 işlemenin zorunlu olması şartına dayalı olarak;
- d)** Kimlik, iletişim, müşteri işlem, hukuki işlem, işlem 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, iletişim faaliyetlerinin yürütülmesi, Kanun'un 5/2 (f) bendi uyarınca; ilgili kişinin temel hak ve özgürlüklerine zarar vermemek kaydıyla, veri sorumlusunun meşru menfaatleri için veri işlenmesinin zorunlu olması şartına dayalı olarak;
- e)** Kimlik, iletişim, müşteri işlem, işlem 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 yükümlülükler uyarınca ticari elektronik ileti izinlerinin alınması amacıyla Kanun'un 5/1. fıkrası uyarınca açık rıza şartına dayalı olarak;
- f)** Özel nitelikli kişisel verileriniz; poliçe teklif ve yenileme tekliflerinin sunulması, poliçelerin düzenlenmesi, poliçe primlerinin hesaplanması ve raporlaması, sağlık sigortası geçiş süreçlerinin yürütülmesi, sigorta sözleşmesi kapsamındaki yükümlülüklerin ifası, kimlik doğrulama süreçlerinin yürütülmesi, mevzuattan doğan yükümlülüklerin yerine getirilmesi, yetkili kişi, kurum ve kuruluşlara bilgi verilmesi, saklama ve arşiv faaliyetlerinin yürütülmesi amaçlarıyla Kanun'un 6/2 (b) bendi uyarınca kanunlarda açıkça öngörülmesi 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 ilişkin süreçlerin yürütülmesi, sigorta şirketleri ve üçüncü kişiler tarafından iletilen 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 işlenmektedir.

## **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 paylaşılabilir.

### 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 bilgilerinizi 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](mailto:kvkk@aksigorta.com.tr)

**Telefon numarası:** 0216 280 88 88

**İletişim adresi:** Poligon Cad. Buyaka 2 Sitesi, No:8 Kule:1, Kat: 0-6 Ümraniye 3477 İstanbul-Türkiye

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.**