

Desteğin Bizden Vip Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Başvuru Formu

Teklif No. _____ Poliçe No. _____

☐ Yeni (İlk) İş ☐ Yenileme / Değişiklik ☐ Sigortalı Girişi ☐ Meriyet (Yürürlük)

Sigortalı Adayı

	Kendisi	Eşi
Adı		
Soyadı		
T.C. Kimlik No.		
Uyruk	☐ T.C. ☐ Diğer: _____	☐ T.C. ☐ Diğer: _____
Yabancı Kimlik No*		
Pasaport No*		
Doğum Yeri		
Doğum Tarihi		
Cinsiyet	☐ Kadın ☐ Erkek	☐ Kadın ☐ Erkek
Anne Adı		
Baba Adı		
Toplam Çocuk Sayısı		
Medeni Hali	☐ Evli ☐ Bekar	☐ Evli ☐ Bekar
Meslek		
Kimlik Belge Türü		
Kimlik Belge No.		

* Yabancı uyruklular için doldurulması gereklidir.

İletişim Bilgileri (Sigortalı adaylarının iletişim bilgileri aynı ise ilk kolonun doldurulması yeterlidir.)

Adres		
İlçe		
İl		
Posta Kodu		
Ev Telefonu		
Cep Telefonu		
İş Telefonu		
E-posta		

Sigortalı Adayı

	1. Çocuğu	2. Çocuğu	3. Çocuğu	4. Çocuğu
Adı				
Soyadı				
T.C. Kimlik No.				
Uyruk	☐ T.C. ☐ Diğer: _____	☐ T.C. ☐ Diğer: _____	☐ T.C. ☐ Diğer: _____	☐ T.C. ☐ Diğer: _____
Yabancı Kimlik No*				
Pasaport No*				
Doğum Yeri				
Doğum Tarihi				
Cinsiyet	☐ Kadın ☐ Erkek	☐ Kadın ☐ Erkek	☐ Kadın ☐ Erkek	☐ Kadın ☐ Erkek
Anne Adı				
Baba Adı				
Toplam Çocuk Sayısı				
Medeni Hali	☐ Evli ☐ Bekar	☐ Evli ☐ Bekar	☐ Evli ☐ Bekar	☐ Evli ☐ Bekar
Meslek				
Kimlik Belge Türü				
Kimlik Belge No.				

* Yabancı uyruklular için doldurulması gereklidir.

İletişim Bilgileri (Sigortalı adaylarının iletişim bilgileri aynı ise ilk kolonun doldurulması yeterlidir.)

Adres				
İlçe				
İl				
Posta Kodu				
Ev Telefonu				
Cep Telefonu				
İş Telefonu				
E-posta				

Sigorta Ettiren Bilgileri

(Sigorta ettiren kişi sigortalı adayının kendisi değil ise bu bölümü doldurunuz.)

Adı		Şirket Adı**	
Soyadı		Faaliyet Alanı**	
T.C. Kimlik No.		Doğum Yeri	
Uyruk	☐ T.C. ☐ Diğer: _____	Doğum Tarihi	
Cinsiyet	☐ Kadın ☐ Erkek	Medeni Hali	☐ Evli ☐ Bekar
Anne Adı		Vergi K. No**	
Baba Adı		Vergi Dairesi**	
Kimlik Belge Türü		Meslek	
		Kimlik Belge No.	

** Tüzel kişi için doldurulması zorunlu alanlardır.

İletişim Bilgileri

Adres				
İlçe				
İl				
Posta Kodu				
Ev Telefonu				
Cep Telefonu				
İş Telefonu				
E-Posta				
Kep***				
Web***				

*** Anonim, Limited, Komandit Şirketler için doldurulması zorunlu alanlardır.

Ürün Seçimi

Plan Adı: ☐ Yatarak Tedavi Teminatı İçeren Plan ☐ Yatarak ve Ayakta Tedavi Teminatı İçeren Plan

Anlaşmalı Sağlık Kurumları'na şirketimizin kurumsal internet sitesi olan www.zurichyasam.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Anlaşmalı Kurum Ağı

A Network

Prim Ödeme Bilgileri

Sigorta Primi (TL):

Ödeme Türü ☐ Peşin ☐ 3 Aylık ☐ 6 Aylık ☐ 9 Aylık
☐ Kredi Kartı
☐ Havale (Havale ile işlem yapılması halinde ödeme türü peşin olacaktır.)

Kart Sahibinin Adı Soyadı:

Kart No. Son Kullanma Tarihi:

Banka/Hesap No:

Yeni bir talimatla durdurulmasını bildirene kadar işbu başvuru formunda belirtilen poliçe süresinde ve sonrasında yenilenen poliçeler için vadesi gelen prim ödemelerinin işbu başvuru formuna ilişkin sigortanın bağlı bulunduğu ve ödeme bilgisi alanında tanımlı olan kredi kartımdan tahsil edilmesi konusunda Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş.'ye yetki veriyorum. Sigorta süresi içinde kredi kartı bilgilerimde bir değişiklik olması durumunda Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş.'yi bilgilendireceğimi beyan ederim. Şirketinizce tanzim edilecek poliçemin yürürlükte kaldığı sürece prim ödemeleri ve/veya bu tutarların artması halinde artan prim tutarının yukarıda belirtilen kredi kartı hesabımdan alınması konusunda Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş.'ye tam yetki verdiğimi; ayrıca kredi kartımın değişmesi, son kullanma tarihinin değişmesi veya kredi kartımın yenilenmesi/değişmesi durumunda ilgili tahsilatların yapılabilmesi için Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş.'ye veya yetkili acentelerine kart bilgilerini otomatik güncelleme yetkisi verdiğimi; aynı zamanda gerekli güncellemeleri Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş.'ye veya yetkili acentelerine bildireceğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Sigorta Ettiren*****

Adı Soyadı/Unvanı

İmza

Kişisel Verilerin Korunmasına İlişkin Aydınlatma Metni

İşbu aydınlatma metni, veri sorumlusu Zurich Yaşam ve Emeklilik Anonim Şirketi ("Şirket") tarafından sunulan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında kişisel verilerinizin işlenmesi ile ilgili olarak 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("Kanun") uyarınca bilgilendirilmeniz amacıyla hazırlanmıştır. Kişisel verilerinizin işlenmesine ilişkin ayrıntılı bilgi için www.zurichyasam.com.tr adresinde yer alan Zurich Yaşam ve Emeklilik Kişisel Verileri İşleme Politikası'nı inceleyebilirsiniz.

Kişisel verileriniz (kimlik verisi, iletişim verisi, meslek bilgisi, müşteri işlem bilgileri, finans bilgisi, hukuki işlem bilgisi) ve Özel Nitelikli Kişisel Verileriniz (sağlık bilgileri) şirketimiz tarafından aşağıdaki amaç ve şartlar doğrultusunda sınırlı ve ölçülü olarak işlenebilecektir.

- Sözleşme kapsamında sağlık verilerine ilişkin işlenen özel nitelikli kişisel veriler, Kanun'un 6'ncı maddesinin 2'nci fıkrası kapsamında "açık rıza" şartına dayalı olarak;
- Sigorta poliçesi tanzim etmek üzere risk değerlendirmesi yapılabilmesi, sigorta teklifi oluşturulabilmesi, poliçe prim ve teminatların belirlenebilmesi, poliçeden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, poliçe primlerinin tahsil edilebilmesi, tazminatın ödenebilmesi, hastane, eczane ve diğer kurumlara provizyon sağlanabilmesi, poliçe iptal ve yenileme işlemlerinin gerçekleştirilebilmesi amacıyla işlenen kişisel veriler, Kanun'un 5'inci maddesinin 2'nci fıkrasının (c) bendi uyarınca sigorta sözleşmesinin kurulması ve ifasıyla doğrudan doğruya ilgili olması kaydıyla, sözleşmenin taraflarına ait kişisel verilerin işlenmesinin gerekli olması şartına dayalı olarak;
- Mevzuattan kaynaklanan yükümlülükler kapsamında yetkili kuruluşlara raporlama yapılması, bilgi ve belge saklama yükümlülüklerinin ifa edilebilmesi, hukuki iş ve işlemlerin yürütülmesi ve takibi, sigorta sözleşmesi hakkında bilgilendirme ve ihbarların yapılması, kimlik doğrulama işleminin yapılması, iletişimin kayıt altına alınması amacıyla işlenen kişisel veriler, Kanun'un 5'inci maddesinin 2'nci fıkrasının (ç) bendi uyarınca veri sorumlusunun hukuki yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için veri işleminin zorunlu olması şartına dayalı olarak;
- Tazminat sorumlusuna rücu haklarının kullanılabilmesi amacıyla işlenen kişisel veriler, Kanun'un 5'inci maddesinin 2'nci fıkrasının (e) bendi uyarınca; bir hakkın tesisi, kullanılması veya korunması için veri işleminin zorunlu olması şartına dayalı olarak;
- Gerektiğinde sigorta reasürans ve koasürans süreçlerinin yürütülebilmesi, denetim faaliyetlerinin planlanması ve icrası, veri analizi çalışmaları, ile sigortacının Sigortacılık Destek Hizmetleri Hakkında Yönetmelik uyarınca sigortalıya sunduğu hizmetler bakımından destek hizmet aldığı firmalar ve tedarikçiler ile yapılan bilgi paylaşımları, Kanun'un 5'inci maddesinin 2'nci fıkrasının (f) bendi uyarınca; ilgili kişinin temel hak ve özgürlüklerine zarar vermemek kaydıyla, veri sorumlusunun meşru menfaatleri için veri işlenmesinin zorunlu olması şartına dayalı olarak; işlenebilecektir.

Şirketimizin sunduğu ürün ve hizmetlerinden faydalanmak amacıyla şirketimize müracaatınız halinde kişisel verileriniz ve özel nitelikli kişisel verileriniz, yukarıda açıklanan amaç ve şartlar doğrultusunda doğrudan sizlerden veya şirketimizin yetkili acenteleri ya da diğer kanalları üzerinden, hizmet sağlayıcı şirketlerden, sigorta ve emeklilik şirketlerinden, ilgili mevzuat ile belirlenen kurum ve kuruluşlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, sağlık kurum ve kuruluşlarından, mevzuatın izin verdiği veri tabanlarından, başvuru ve bilgilendirme formlarından, dijital kanallardan, internet sitesinden, çağrı merkezinden sözlü, yazılı veya elektronik ortamda, tamamen veya kısmen otomatik olan ya da herhangi bir veri kayıt sisteminin parçası olarak otomatik olmayan yollarla temin edilerek, işlenmekte ve güncellenmektedir.

Kişisel verileriniz ve özel nitelikli kişisel verileriniz raporlama ve inceleme talepleri çerçevesinde denetleyici ve düzenleyici makamlara, ilgili kamu ve sağlık kuruluşlarına, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, sağlık kurum ve kuruluşları ile mevzuat hükümlerinin izin verdiği kişi veya kuruluşlara, adli takip işlemlerinin yerine getirilmesi amacıyla adli makamlara, hizmet alınan

gerçek ve tüzel kişilere, mevzuat hükümlerinin izin verdiği kişi veya kuruluşlara, poliçe tanzimi, yenilenmesi ve tazminat ödeme işlemlerinin takibi amacıyla yetkili acentelere, iş ortaklarına, aktüeryel değerlendirme yapılmak üzere aktüerlere, sağlık durumunuzla ilgili görüş almak amacıyla uzmanlara; poliçe ve sözleşme taraflarına; sigorta faaliyetlerini yürütmek ve poliçede taahhüt edilen asistans hizmetlerini ve sair taahhütleri yerine getirmek üzere destek hizmeti sağlayıcılarına ve tedarikçilere, sigorta prim ve tazminat ödemelerinin gerçekleştirilmesi amacıyla bankalara/ finansman şirketlerine mevzuatın izin verdiği ve gerektiği ölçüde aktarılabilecektir.

Veri sahibi olarak Kanun'un "ilgili kişinin haklarını düzenleyen" 11. maddesi kapsamındaki taleplerinizi, Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e göre, Orjin Maslak İş Merkezi, Eski Büyükdere Cad. No: 27 Kat: 12-13 34485 Sarıyer / İstanbul adresinden, infoyasam@zurich.com veya zurichsigortayasam@hs02.kep.tr üzerinden yazılı olarak veya 0850 250 75 00 numaralı telefonda Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş.'ye iletebilirsiniz.

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI AÇIK RIZA METNİ

Zurich Yaşam ve Emeklilik Anonim Şirketi ("Şirket") olarak tarafınızla paylaşılan aydınlatma metni kapsamında elde etmiş olduğumuz kişisel verilerinizin; Kişisel Verilerin Korunması Kanun'u ("Kanun") tarafından açıkça öngörülen haller, sizin tarafını dan alenileştirilen haller ya da sözleşmenin ifası amacıyla gerektiği ölçüde işlenmesi ve aktarılması halleri haricinde; aşağıda belirtilen hususlara ilişkin olarak işlenmesi ve aktarılması için açık rızanızı talep ediyoruz:

1. Sağlık verilerinizin, sigorta poliçeniz kapsamında Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma Metninde yer alan bilgilendirme ve işleme amaçları çerçevesinde işlenmesini onaylıyor musunuz?

Sigortalı	☐ Kabul Ediyorum	☐ Kabul Etmiyorum
Eş	☐ Kabul Ediyorum	☐ Kabul Etmiyorum
1. Çocuk	☐ Kabul Ediyorum	☐ Kabul Etmiyorum
2. Çocuk	☐ Kabul Ediyorum	☐ Kabul Etmiyorum
3. Çocuk	☐ Kabul Ediyorum	☐ Kabul Etmiyorum
4. Çocuk	☐ Kabul Ediyorum	☐ Kabul Etmiyorum

	Sigortalı	Eş	1. Çocuğu	2. Çocuğu	3. Çocuğu	4. Çocuğu
Adı Soyadı						
Tarih						
İmza*****						

***** 18 yaş ve üstü Sigortalı aday veya 18 yaş altı Sigortalı adayının ebeveynlerinden biridir.

Aracı Bilgileri

Acente Levha Kayıt No. _____ Acente Adı _____
Teknik Personel Adı Soyadı _____ Teknik Personel Sicil No. _____

Beyan ve Taahhütname

Sigorta şartlarını kabul ederek yukarıda eksiksiz olarak doldurduğum işbu Başvuru Formu ("Form") doğrultusunda gerek kendim gerekse sigortalanmasını istediğim aile bireylerim (yakınlarım) için Sağlık Sigortası Genel Şartları, Başvuru ve Desteğin Bizden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçe Özel Şartları, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Bilgilendirme Formu'nda belirtilen maddeleri peşinen kabul, beyan ve taahhüt ederim. Aşağıda imzası bulunan beyan sahibi olarak gerek benim, gerekse sigortalanmalarını istediğim aile bireyleri hakkında bu soru formunda ve sağlık beyanında verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim. Bu soru formunda ve sağlık beyanında beyan olunan değerlerin/bilgilerin doğru, tam ve gerçeğe uygun olduğunu ve gerçeğe aykırı beyanda bulunduğum takdirde sigorta sözleşmesinde doğan tüm haklarımdan peşinen vazgeçtiğimi kabul ve beyan ederim.

Sigorta tazminatlarının, satın aldığım Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın kapsam ve teminatları dahilinde ödeneceğini kabul ederim. Bu formu doldurmamın Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş. tarafından sigortalandığımı(ız) anlamına gelmediğini, başvuru formunun kabul edilip, poliçenin düzenlenmesi ve prim tutarının ödenmesinden sonra sigorta teminatının yürürlüğe gireceğini kabul, beyan ve teyit ederim. Başvuru sahibi olarak ayrıca, poliçe teminatının, benim veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi birinin sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş oldukları veya varlığından haberdar oldukları rahatsızlıklardan ileri gelecek tetkik ve tedavi giderlerini kapsamadığını biliyor ve kabul ediyorum. SGK tarafından sağlanan "Genel Sağlık Sigortası"nın aktif olmadığı durumda oluşan sağlık giderlerinin sigorta teminatı kapsamında olmadığını biliyor ve kabul ediyorum. Sigortalanmaları için bu formda bilgilerini doldurduğum tüm şahısların gerçekte yetki vermemiş olmaları veya açıklama ve taahhütleri aksine davranmaları halinde, tüm sorumluluğun onlar adına Sigorta Ettiren sıfatıyla kendimde olduğunu kabul ettiğimi beyan ve taahhüt ederim.

Tanıtım ve Pazarlama İçerikli Ticari Elektronik İletiler İçin Kişisel Verilerin İşlenmesine Yönelik Aydınlatma Metni

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 5'inci maddesinin 1'inci fıkrası ve aynı zamanda 6563 sayılı Elektronik Ticaretin Düzenlenmesi Hakkında Kanun ve ilgili mevzuat çerçevesinde "açık rıza"nızın olması halinde; sigortacılık ürün ve hizmetlerinin sunulabilmesi için, sözleşme taraflarından veya sigorta araçlarından, hizmet sağlayıcı şirketler ve/veya ilgili mevzuat ile belirlenen kurum ve kuruluşlardan, mevzuatın izin verdiği veri tabanlarından, formlardan, sözlü, yazılı veya elektronik ortamda, tamamen veya kısmen otomatik olan ya da herhangi bir veri kayıt sisteminin parçası olarak otomatik olmayan yollarla temin edilen kişisel verileriniz; veri sorumlusu şirketimiz Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş. ile topluluk şirketleri, iştirakleri ve acenteleri, hizmet sağlayıcıları tarafından; SMS, telefon, otomatik arama makineleri, elektronik posta ve benzeri iletişim kanallarından sözleşme veya poliçelerinize yönelik bilgi sağlanması, ürün hizmet ve kampanyalarla ilgili tanıtım ve pazarlama içerikli ticari elektronik ileti gönderilebilmesi amacıyla işlenebilecektir.

6698 sayılı Kanun'un "ilgili kişinin haklarını düzenleyen" 11. maddesi kapsamındaki taleplerinizi, Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e göre, Orjin Maslak İş Merkezi, Eski Büyükdere Cad. No: 27 Kat: 12-13 34485 Sarıyer / İstanbul adresinden, infoyasam@zurich.com veya zurichsigortayasam@hs02.kep.tr üzerinden yazılı olarak veya 0850 250 75 00 numaralı telefondan Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş.'ye iletebilirsiniz.

Ticari Elektronik İleti Onayı

Tanıtım ve Pazarlama İçerikli Ticari Elektronik İleti için Kişisel Verilerin İşlenmesine Yönelik Aydınlatma metninde yer alan bilgilendirme doğrultusunda; **Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş.**, topluluk şirketleri, iştirakleri ve acenteleri tarafından pazarlama ve tanıtım amaçlarıyla ticari elektronik ileti gönderilmesini onaylıyor musunuz?

☐ Onaylıyorum ☐ Onaylamıyorum

Dilediğiniz zaman tamamen veya ürün ve kanal bazında, veri, ses, görüntü vs. her türlü ileti gönderimini reddetme hakkına sahipsiniz.

Ad-Soyad:

Elektronik iletişim adresi:

İmza:

Ticari ileti alma konusundaki onayınızı **www.zurichyasam.com.tr** adresinde yer alan internet şubemiz üzerinden de verebilir veya değiştirebilirsiniz.

**** Sigorta ettiren tüzel kişi ise kaşe ve temsile yetkili kişi imzası alınmalıdır.

*****18 yaş ve üstü Sigortalı adayı veya 18 yaş altı Sigortalı adayının ebeveynlerinden biridir.

Mesafeli satışlarda imza bölümünün doldurulması zorunlu değildir.

Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş. Genel Müdürlük Orjin Maslak İş Merkezi, Eski Büyükdere Cad. No: 27 Kat: 12-13
34485 Sarıyer / İstanbul T: 0 212 393 16 00 (pbx) F: 0 212 292 87 61 E: infoyasam@zurich.com W:
www.zurichyasam.com.tr Müşteri İletişim Merkezi: 0850 250 75 00