

ACENTE



ÖZHAN Sigorta

429505 / Dilek Özhan Acentelik Hiz.

SİGORTALAMA TÜRÜ

Yeni Geçiş

(Geçiş ise geçiş alınacak Sigorta Şirketi'ne ait Poliçe No ve Poliçe Bitiş Tarihi'ni yazınız)

Poliçe No:

Poliçe Bitiş Tarihi: / /

SİGORTALI ADAYI

Sigortalı aday, sigorta ettirenle aynı kişi ise sadece bu bölüm doldurulacaktır.

ADI SOYADI : _____

CİNSİYETİ : Kadın Erkek

DOĞUM TARİHİ (Gün / ay / yıl) : _____ / _____ / _____

MEDENİ DURUMU: Evli Bekar UYRUĞU: _____

TC KİMLİK NO* : _____

*Yabancı uyruklular yabancı kimlik numarası belirtmelidir.

MESLEĞİ : _____

İŞ TEL. : 0 () _____ EV TEL. : 0 () _____

CEP TEL. : 0 () _____

E-POSTA : _____

İRTİBAT ADRESİ : Ev İş

MAHALLE:

CADDE / SOKAK:

KAPI NO / DAİRE NO:

SEMT : _____ İLÇE : _____ / İL: _____

ACİL DURUMDA ARANACAK KİŞİ: _____

TEL: 0 () _____

LEHDAR BİLGİSİ : Kanuni Varis Diğer

T.C. KİMLİK NUMARASI: _____

ADI SOYADI: _____

SİGORTA ETTİREN

Sigorta ettiren, sigortalı adayından farklı bir kişi ise bu bölüm de doldurulacaktır.

 GERÇEK KİŞİ

ADI SOYADI : _____

CİNSİYETİ : Kadın Erkek

DOĞUM TARİHİ (Gün / ay / yıl) : _____ / _____ / _____

MEDENİ DURUMU: Evli Bekar UYRUĞU: _____

TC KİMLİK NO* : _____

*Yabancı uyruklular yabancı kimlik numarası belirtmelidir.

MESLEĞİ : _____

İŞ TEL. : 0 () _____ EV TEL. : 0 () _____

CEP TEL. : 0 () _____

E-POSTA : _____

İRTİBAT ADRESİ : Ev İş

MAHALLE:

CADDE / SOKAK:

KAPI NO / DAİRE NO:

SEMT : _____ İLÇE : _____ / İL: _____

 TÜZEL KİŞİ

UNVANI : _____

VERGİ KİMLİK NO: _____ VERGİ DAİRESİ: _____

ADRES: MAHALLE:

CADDE / SOKAK: _____ KAPI NO / DAİRE NO: _____

SEMT : _____ İLÇE : _____ / İL: _____

TEMİNAT ALTINA ALINACAK ŞAHISLAR

Adı Soyadı	Yakınlık Derecesi	Doğum Tarihi	Boy - Kilo	Medeni Hali	Cinsiyeti	Mesleği	T.C. Kimlik No (Yabancı uyruklular için yabancı kimlik numarası belirtmelidir.)	Seçilen Plan ve Network	Planlara Ait Prim
	Eş	____/____/____	____.____cm.____Kg						TL
	Çocuk 1	____/____/____	____.____cm.____Kg						TL
	Çocuk 2	____/____/____	____.____cm.____Kg						TL
	Çocuk 3	____/____/____	____.____cm.____Kg						TL
	Çocuk 4	____/____/____	____.____cm.____Kg						TL

TOPLAM PRİM: _____ TL

Ferdî Kaza Teminatı için talep edilen limit: 25.000 TL. 50.000 TL. 100.000 TL. 150.000 TL.

PRİM ÖDEME ŞEKLİ VE KANALI (Plan yükseltme talepleri için bu alanı doldurmanıza gerek bulunmamaktadır.)

Taraması Peşin Ödeme : Nakit Kredi KartıTaksitle Ödeme Peşinat + 2 Taksit Peşinat + 5 Taksit Peşinat + 7 Taksit Peşinat + 9 Taksit 10 Eşit Taksit (Sadece kredi kartı kullanımında seçilebilir.)Peşinat için* Nakit Kredi Kartı Kredi Kartı Peşinat Tutarı _____ TLTaksit için* Nakit Kredi Kartı Kredi Kartı Taksit Tutarı _____ TL

* Peşinat, kredi kartı ile ödenecekse, taksitler de kredi kartı ile ödenecektir.

Blokajlı Ödeme : _____ Taksit Sayısı : _____

Prim Ödeme Başlangıç Tarihi: _____ Poliçe başlangıç tarihinden en fazla 7 gün sonrasına kadar olabilir.

KREDİ KARTI İLE ÖDENECEKSE :

Banka : _____

Kredi Kartı Türü : VISA MASTERCARD

Son Kullanma Tarihi : ____ / ____ / ____

Kredi Kartı Numarası : _____

TAZMİNAT ÖDEME KANALI

Hesap sahibinin Adı / Soyadı : Banka : Hesap No :
Şube : IBAN No :

SAĞLIK BEYANI

Bu alanda sağlık beyanı alınan sigortalı Adı Soyadı ve Teklif no olmalıdır.

Tütün kullanımınız var mı? Hayır Evet
Alkol kullanımınız var mı? Hayır Evet
Mevcut gebelik durumu var mı? Hayır Evet Kaç Haftalık
Profesyonel olarak spor yapıyor musunuz? Hayır Evet Spor Dalı:

Sigortalanacak bireyin teşhisi konmuş bir hastalığı var mı? Hayır Evet (Aşağıdaki hastalık/lardan işaretleyiniz)

Listeden hastalıklarınızı seçip, detaylarını aşağıdaki AÇIKLAMA TABLOSUNA -soru numarası ile- giriniz.

SORU NO	HASTALIK ADI	SORU NO	HASTALIK ADI	SORU NO	HASTALIK ADI	SORU NO	HASTALIK ADI
1	<input type="checkbox"/> AIDS	14	<input type="checkbox"/> HEPATİT C	27	<input type="checkbox"/> İMS (MULTİPLE SKLEROZ)	40	<input type="checkbox"/> SARKOİDOZ
2	<input type="checkbox"/> AKİĞER VE SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI (BRONŞİT/TÜBERKÜLOZ)	15	<input type="checkbox"/> HORMONAL BOZUKLUK	28	<input type="checkbox"/> İNÖROLOJİK HASTALIKLAR	41	<input type="checkbox"/> TANSİYON HASTALIĞI
3	<input type="checkbox"/> ALLERJİK HASTALIKLARI	16	<input type="checkbox"/> İYİ HUYLU TÜMÖR KİTLE	29	<input type="checkbox"/> OMURGA HASTALIKLARI(BEL BOYUNLARI)	42	<input type="checkbox"/> TİROİD BEZİ HASTALIKLARI(QUART)
4	<input type="checkbox"/> ALZHEİMER HASTALIĞI	17	<input type="checkbox"/> KALJO BELÇ	30	<input type="checkbox"/> ORGAN İZULU/KAYBI	43	<input type="checkbox"/> ÜRİNER SİSTEM HASTALIKLARI (BÖBREK HASTALIKLARI,ÜRİNER SİSTEM TAŞI)
5	<input type="checkbox"/> ANOREKTAL HASTALIKLAR (FİSSÜR,İSTÜLHEMOROID- GİBİ)	18	<input type="checkbox"/> KALP VE KALP DAMARI HASTALIKLARI	31	<input type="checkbox"/> PANKREAS HASTALIKLARI	44	<input type="checkbox"/> VARS
6	<input type="checkbox"/> ASTİMA	19	<input type="checkbox"/> KAN YA DA LEMF BEZİ HASTALIKLARI	32	<input type="checkbox"/> PARİTESON	45	<input type="checkbox"/> VİDEYİT HASTALIĞI
7	<input type="checkbox"/> AZİTİJİ EKLEM ROMATİZMADİ	20	<input type="checkbox"/> KAS/KEMİK HASTALIKLARI (KORİK-ÇOKLAR DAHİL)	33	<input type="checkbox"/> PROSTAT VE TESTİS HASTALIĞI	46	<input type="checkbox"/> DOĞUMSAL/KONJENİTAL HASTALIKLAR
8	<input type="checkbox"/> BAĞIRSAK HASTALIĞI	21	<input type="checkbox"/> KASK, KARNİTİTİ	34	<input type="checkbox"/> PSİKYATRİK HASTALIKLAR	47	<input type="checkbox"/> HER TÜR KANSER,KOZİTÜ HUYLU KİTLE/TÜMÖR
9	<input type="checkbox"/> BEYİNBEYİN DAMAR VE SİNİR SİSTEMİ HASTALIKLARI	22	<input type="checkbox"/> KBB RAHATSİZLİKLERİNİN, KONKA-POLİP VE)	35	<input type="checkbox"/> RAHİBA WUMURTALIK VE DİĞER İRİNEKÖLÜK RAHATSİZLİKLER	48	<input type="checkbox"/> KALP RİTİM BOZUKLUĞU
10	<input type="checkbox"/> DALAK HASTALIKLARI	23	<input type="checkbox"/> KRONİK ORGAN YETMEZLİĞİ	36	<input type="checkbox"/> ROMATİZMAL HASTALIKLARI	49	<input type="checkbox"/> KİTİK FİBRİDOZ
11	<input type="checkbox"/> DERİ HASTALIKLARI	24	<input type="checkbox"/> MEME HASTALIKLARI	37	<input type="checkbox"/> SAFRA KESİSİ HASTALIKLARI	50	<input type="checkbox"/> LİLİPUS HASTALIĞI
12	<input type="checkbox"/> EKLEM HASTALIKLARI(DZİ,KALÇA,OMUZ GİBİ)	25	<input type="checkbox"/> MİDE VE ONKİ PARMAK BAĞIRSAGI HASTALIKLARI	38	<input type="checkbox"/> SARA HASTALIĞI(EPILEPSİ)	51	<input type="checkbox"/> POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞI
13	<input type="checkbox"/> 6 NUMARADAN BÜYÜK GÖZLÜK KULLANIRI VEYA GÖZ HASTALIKLARI	26	<input type="checkbox"/> MOTOR MENTAL GELİŞİM BOZUKLUĞU	39	<input type="checkbox"/> SARILIK, SİROZ VE DİĞER KARACİĞER HASTALIKLARI	52	<input type="checkbox"/> ŞEKER HASTALIĞI(İNŞÜLİN DİRİNKİ, GUKOZ METABOLİZMA BOZUKLUĞU)
						53	<input type="checkbox"/> DİĞER...

AÇIKLAMA TABLOSU


Adı Soyadı	Hastalık Adı	Yapılan Tetkik	Yapılan Tedavi	Tedavi Tarihi	Hastane Adı	Son Durum

Sigortalanacak bireyin teşhisi konulmamış olsa da sağlık şikayeti oldu mu, şikayet ile ilgili muayene tetkik yapıldı mı? Hayır Evet Açıklama:

Herhangi bir şirkette sağlık sigortanız oldu mu? Hayır Evet

Bu formdaki ifadelerin eksiksiz ve doğru olduğunu ve Groupama Sigorta A.Ş.'nin bilmesi gereken herhangi bir yarı gizlemediğim beyan ederim, Sağlık Sigortası kurallarına, poliçe genel ve özel şartlarına uymayı ve bu formdaki beyanların Groupama Sigorta A.Ş. ile aramızdaki sigorta sözleşmesinin temeli olacağını ve Groupama Sigorta A.Ş.'nin tarafına sigorta teminatı verip vermemekte serbest olduğunu kabul ediyorum. Groupama Sigorta A.Ş.'nin teminat vermesi ve tarafımda ilk primin ödenmiş olması kaydıyla sigorta başlangıç tarihimin poliçe tarzım tarihi olduğunu biliyor ve kabul ediyorum. Başlangıç sigortalı olduğum tarihten (poliçedeki sigorta başlangıç tarihinden) önceye dayanan bir hastalık veya yaralanma sonucu ortaya çıkan tedavilerim veya bunların sebebiyet verdiği komplikasyonların Özel Şartlarındaki ilgili maddelere tabi olacağını biliyor ve kabul ediyorum. Trafik kazası sonucu hastanede yapılan tedavi ile ilgili BÜT/SUT tarifesi üstünde tahsil edilen fatura bedelinin istirdatı ile ilgili her türlü yasal talep ve dava hakkımı Groupama Sigorta A.Ş.'ye devir ve temlik ettim. Poliçemle ilgili bilgilerin SAGMER ile paylaşımını kabul ediyorum. Tarafıma bildirilecek olan hesap numarasına tazminat ödemesi halinde, Groupama Sigorta A.Ş. tamamen ibrâ edilmiş olacaktır.

İş bu poliçede sigortalı olarak görünen kişilerin talep etmesi halinde, bu poliçe ilgili tüm bilgilerin kendisine verilmesini ve verilen bu bilgiler sebebiyle herhangi bir maddi-manevi tazminat talebinde bulunmayacağımı kabul, beyan ve taahhüt ediyorum. Poliçe ile ilgili değişiklik taleplerinin tarafımdan, yahut sigortalı tarafından yapılacağını beyan ediyorum ve sigortalı tarafından yapılan değişiklik taleplerinin de işleme konmasını önemle rica ediyorum. Kendim ve/veya sigorta kapsamındaki aile bireylerimin sağlığı ile ilgili olarak SBİM'den, (Özel sigorta şirketleri ve/veya Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karılanan işlemlere ait bilgi/belge dahil) her türlü sağlık kuruluşundan, doktordan veya üçüncü şahıslardan bilgi toplanmasına/paylaşımına izin veriyorum ve gerektiğinde daha fazla bilgi sağlamayı peşinen kabul ediyorum.

Acente İmza / Tarih / Kase  ÖZHAN Sigorta	Sigorta Ettiren Adı-Soyadı İmza / Tarih	Sigortalı Adayı Adı-Soyadı İmza / Tarih
--	---	---

MÜŞTERİLER VE MÜŞTERİ ADAYLARI İÇİN KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASINA İLİŞKİN AYDINLATMA METNİ

a) Veri Sorumlusu ve Temsilcisi

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("6698 sayılı Kanun") uyarınca, kişisel verileriniz; veri sorumlusu olarak Groupama Sigorta A.Ş. ("Şirket" veya "Groupama") tarafından aşağıda açıklanan kapsamda işlenebilecektir.

b) Kişisel Verilerin Hangi Amaçla İşleneceği

Toplanan Aile Bireyleri Bilgileri, Dernek veya Sendika Üyeliği Bilgileri, Eğitim Bilgileri, Eski Sigorta ve Hasar Bilgileri, Finansal Bilgiler, Finansal İşlem Bilgileri, İrk Bilgileri, İletişim Bilgileri, Kimlik Bilgileri, Sağlık Bilgileri, Teklif Bilgileri, Varis Bilgileri kategorilerindeki kişisel verileriniz, Poliselendirme ve/veya Operasyon Süreçlerinin Planlanması ve İcrası, Pazar Araştırması ve Analizinin İfası, Ticari Risklerin Tespiti amaçlarıyla 6698 sayılı Kanun'un 5. ve 6. maddelerinde belirtilen kişisel veri işleme şartları ve amaçları dahilinde işlenecektir. Kişisel verilerinizin Şirketimiz tarafından işlenmesine ilişkin detaylı bilgilere www.groupama.com.tr internet sitesinde kamuoyu ile paylaşılmış olan Groupama Sigorta A.Ş. Kişisel Verilerin Korunması ve İşlenmesi Politikasından ulaşabilirsiniz.

c) İşlenen Kişisel Verilerin Kimlere ve Hangi Amaçla Aktarılabileceği

Toplanan kişisel verileriniz, sizlerle olan ilişkilerimiz çerçevesinde yukarıda belirtilen amaçlarla sınırlı olmak üzere, Şirketimiz tarafından ve/veya Şirketimiz nam ve hesabına sunulan ürün ve/veya hizmetlerden ilgili kişileri faydalandırmak için gerekli çalışmaların yapılması ve ilgili iş süreçlerinin yürütülmesi, Şirketimiz tarafından yürütülen ticari ve/veya operasyonel faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için ilgili iş birimlerimiz tarafından gerekli çalışmaların yapılması ve buna bağlı iş süreçlerinin yürütülmesi, Şirketimizin ticari ve/veya iş stratejilerinin planlanması ve/veya icrası, Şirket tarafından ve/veya Şirketimiz nam ve hesabına sunulan ürün ve hizmetlerin ilgili kişilerin beğeni, kullanım alışkanlıkları ve ihtiyaçlarına göre özelleştirilerek ilgili kişilere önerilmesi ve tanıtılması için gerekli olan aktivitelerin planlanması ve/veya icrası amaçlarıyla 6698 sayılı Kanun'un 8. ve 9. maddelerinde belirtilen kişisel veri işleme şartları ve amaçları çerçevesinde www.groupama.com.tr internet adresinden kamuoyu ile paylaşılmış olan Groupama Sigorta A.Ş. Kişisel Verilerin Korunması ve İşlenmesi Politikasında açıklandığı şekilde aktarılabilecek, yurtiçinde veya yurtdışında işlenebilecektir.

ç) Kişisel Veri Toplamının Yöntemi ve Hukuki Sebebi

Kişisel verileriniz sizlerle olan ilişkilerimiz çerçevesinde iş ilişkimizi devam ettirme ve ticari faaliyetlerimizi sürdürme hedeflerine yönelik olarak çeşitli hukuki sebeplerle işlenmekte ve fiziki ortamda sözlü ve/veya yazılı olarak, elektronik ortamda e-posta gibi kaynaklardan toplanmakta ve aynı hukuki sebeple de işlenebilmekte ve aktarılabilmektedir.

d) Kişisel Veri Sahibinin 6698 sayılı Kanun'un 11. maddesinde Sayılan Hakları

Kişisel veri sahipleri olarak, haklarınıza ilişkin taleplerinizi www.groupama.com.tr internet adresinden kamuoyu ile paylaşılmış olan Groupama Sigorta A.Ş. Kişisel Verilerin Korunması ve İşlenmesi Politikasında düzenlenen yöntemlerle Şirketimize iletmeniz durumunda Groupama talebin niteliğine göre, talebi en kısa sürede ve en geç otuz gün içinde ücretsiz olarak sonuçlandıracağız. Ancak, işlemin ayrıca bir maliyet gerektirmesi hâlinde, Groupama tarafından Kişisel Verileri Koruma Kurulunca belirlenen tarifedeki ücret alınacaktır. Bu kapsamda kişisel veri sahipleri:

- Kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel verilerin işleme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- Kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme ve bu kapsamda yapılan işlemin kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- 6698 sayılı Kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması hâlinde kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme ve bu kapsamda yapılan işlemin kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- İşlenen verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle kişinin kendisi aleyhine bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- Kişisel verilerin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğraması hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahiptir.

Kişisel veri sahibi ilgili kişiler kanunda belirtilen haklarına ilişkin taleplerini yazılı olarak veya Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) adresi, Güvenli Elektronik İmza, Mobil İmza ya da önceden Şirketimize bildirmiş olduğunuz ve sistemimizde kayıtlı bulunan elektronik posta adreslerini kullanmak suretiyle Şirketimize iletebilecektir. Bunun yanında yine kanunda belirtilen yöntemler dahilinde kimlik tevsiki şartı ile şahsen, noter veya Maslak Mahallesi, Link Plaza, Eski Büyükdere Cd. No:3-5, 34485 Sarıyer/İstanbul adresinde mukim Groupama Sigorta A.Ş. Genel Sekreterlik Bölümüne hitaben taahhütlü posta ile ilgili kişiler başvurabilir.

MÜŞTERİLER VE MÜŞTERİ ADAYLARI İÇİN KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİNE İLİŞKİN RIZA METNİ

Poliselendirme ve/veya Operasyon Süreçlerinin Planlanması ve İcrası amacıyla sağlık verilerimin işlenmesine açık rızamı beyan ederim.

Rızamı iletmediğim takdirde poliselendirme işlemlerimin yapılamayacağını, hasar değerlendirmelerimin yapılamayacağını ve ilgili operasyon süreçlerimin işletilemeyeceğini anlıyorum ve kabul ediyorum.

Adı Soyadı	İmza* / Tarih	Sigorta Ettiren
Kendisi (Beyan Sahibi):		Adı Soyadı:
Eşi:		İmzası:
1.Cocuk:		
2.Cocuk:		



* Beyan sahibi, 18 yaş ve üstü sigortalı adayları veya 18 yaş altı sigortalı adaylarının ebeveynlerinden biridir.