

*Lütfen Başvuru ve Bilgilendirme Formu üzerinde yer alan tüm alanların BÜYÜK HARFLE ve OKUNAKLI olarak doldurulduğundan emin olunuz. Başvuru ve Bilgilendirme Formu üzerinde değişiklik veya düzeltmeler yapılmak zorunda kalındığında yapılan işlemin yanına Sigorta Ettirenin imzasını alınız.

**SATIŞ KANALI
BİLGİLERİ**

Aracı Ünvanı	
Aracı Levha No	
Teknik Personel Adı Soyadı	
Müşteri Temsilcisi Adı Soyadı	

Lütfen Bu alandaki bilgileri Büyük Harfle, Okunaklı, Eksiksiz ve Tam olarak doldurunuz.

SİGORTALI ADAYININ

Adı Soyadı			
T.C Kimlik No			
Doğum Tarihi		Cinsiyet	☐ Erkek ☐ Kadın
Cep Tel		Mesleği	
E-mail	@		
Adres			
İl		İlçe	

SİGORTA ETTİREN

Adı Soyadı			
T.C Kimlik No			
Doğum Tarihi		Cinsiyet	☐ Erkek ☐ Kadın
Cep Tel		Mesleği	
E-mail	@		
Adres			
İl		İlçe	

Sigortalı Adı / Soyadı / İmza	Sigorta Ettiren Adı / Soyadı / İmza	Acente Bilgileri İmza

**SİGORTA ETTİREN
TÜZEL KİŞİLİK**

Firma İsmi			
Yetkili Kişi İsmi			
Vergi Dairesi Adı			
Vergi Kimlik No		Şirket Tel	
Adres			
İl		İlçe	

**SİGORTA
TEMİNATLARI**

Teminat Adı	Teminat Tutarı	Teminat Primi
Vefat Teminatı		
Yıllık Prim		

**SİGORTA
BİLGİLERİ**

Sigorta Başvuru Tarihi	/ /
Sigorta Başlangıç Tarihi	/ /
Sigorta Süresi	
Para Birimi	☐ TL

ÖDEME EMRİ

Ödeme Şekli	☐ Havale / Eft ☐ Kredi Kartı	Kart Türü	☐ Visa ☐ Master
Ödeme Planı	☐ Peşin ☐ Taksitli	Taksit Adeti	
Kredi Kartı No			
Son Kullanma Tarihi	/	Cvv	

DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş. tarafından bu başvuru formu ile belirlenen sigorta başlangıç tarihi ve izleyen ayların ödeme planına uygun olarak vadesinde ödenmesi gereken primlerin yukarıda belirttiğim kredi kartı hesabımdan yeni bir talimatla durdurulmasını bildirmediğim sürece tahsil edilmesi konusunda Sigorta Şirketi'nize yetki veriyor, kartımın kapanması, son kullanma tarihinin ve kart numarasının değişmesi halinde değişikliği en kısa zamanda tarafınıza bildireceğimi beyan ediyorum.

**KART HAMILİNİN / SİGORTA
ETTİRENİN****Adı Soyadı / İmza**

Sigortalı Adı / Soyadı / İmza	Sigorta Ettiren Adı / Soyadı / İmza	Acente Bilgileri İmza

***Vefat Durumunda Sigorta Teminatınızın Ödenmesini İsteddiğiniz Kişi veya Kişiler**

Adı Soyadı	T.C Kimlik No	Yakınlık Durumu	Oran %

Tarafımdan doldurulmuş olan işbu başvuru formu ile Sigorta Şirketi'nin herhangi bir taahhüt altına girmediğini, bu forma ek olarak düzenlediğim Sağlık Bildirim Formundaki tüm bilgilerimin doğru olduğunu kabul eder, yanlış veya eksik beyanda bulunduğumun tespit edilmesi halinde ortaya çıkacak anlaşmazlıklarda Sigorta Şirketi'nin herhangi bir sorumluluk altına girmediğini ve girmeyeceğini, yaptığım ödemenin pey akçesi (kaparo) olduğunu; sigorta başvurumun Sigorta Şirketi tarafından kabul edilip poliçe düzenlenmesi halinde prim ödemekle yükümlü olacağımı, düzenlenen sigorta poliçesinden her hangi bir nedenle vazgeçmem halinde pey'in yapılan masraflara karşılık olarak Demir Sağlık ve Hayat A.Ş.'ye kalacağını, poliçeye konu oluşturan tüm hususlar hakkında doktor, sağlık kuruluğu ve diğer ilgililerden bilgi alma konusunda Demir Sağlık ve Hayat A.Ş.'yi yetkili kıldığımı, poliçe teminatı kapsamında yapılacak tazminat ödemelerinin banka hesabına havale edilmesini ve Demir Sağlık ve Hayat A.Ş.'yi bu konuda taahhüdünden ibra eylediğimi, şimdiden kabul eder, Müşteri / Tüketici sıfatıyla başvuruyu aynen okuyarak ve anlayarak imzalamış olduğumu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Sigortalı Adı / Soyadı / İmza	Sigorta Ettiren Adı / Soyadı / İmza	Acente Bilgileri İmza

En az 2 (iki) nüsha olarak düzenlenen bu form, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun "Aydınlatma Yükümlülüğü" başlıklı 1423. maddesi ile Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik gereğince, sigorta sözleşmesi yapmak isteyen ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere hayat sigortası sözleşmesine ilişkin önemli hususlarda bilgi vermek amacıyla hazırlanmıştır.

İŞ BU FORM, TARAFLARCA İMZA EDİLMİŞ OLSA BİLE, BU FORM UYARINCA BİR SİGORTA SÖZLEŞMESİ YAPILMIŞ OLMADIĞI, TEK BAŞINA SÖZLEŞME ANLAMINA GELMEZ.

*Lütfen Başvuru ve Bilgilendirme Formu üzerinde yer alan tüm alanların BÜYÜK HARFLE ve OKUNAKLI olarak doldurulduğundan emin olunuz. Başvuru ve Bilgilendirme Formu üzerinde değişiklik veya düzeltmeler yapılmak zorunda kalındığında yapılan işlemin yanına Sigorta Ettirenin imzasını alınız.

A. SİGORTACI VE SİGORTA ACENTESİNE İLİŞKİN BİLGİLER

1. Teminatı Verecek Sigorta Şirketinin;

Ticaret Ünvanı :DEMİR SAĞLIK VE HAYAT A.Ş.
Merkezi ve Adresi :Büyükdere Cd. Özsezen İş Merkezi 124/B 34394 Esentepe / İSTANBUL
Telefon :0 (212) 288 68 51
Faks :0 (212) 274 65 85
E-mail :musterihizmetleri@demirsaglik.com.tr veya info@demirsaglik.com.tr
İnternet Adresi :www.demirsaglik.com.tr
Ticaret Sicil Numarası :328543/276125
Vergi Dairesi :Mecidiyeköy VD, 2780067385
Mersis Numarası :0278006738500017
Faaliyet Konusu :Hastalık, Sağlık, Hayat Grubu ve Ferdi Kaza Sigortaları

2. Sözleşmeye Aracılık Eden Acentenin;

Ticaret Ünvanı :
Levha No :
Adresi :
Tel ve Faks No :
E-mail :
Satış Temsilcisi :
Kodu ve Adı Soyadı :

Sigortalı Adı / Soyadı / İmza	Sigorta Ettiren Adı / Soyadı / İmza	Acente Bilgileri İmza

B. SİGORTA TEMİNATLARI VE ÖZEL ŞARTLARI

Eğitim Sigortası; Sigortalı'nın, Vefat ihtimaline karşı yapılan azalan teminatlı ve uzun süreli bir hayat sigortası ürünüdür.

Teminatlar;

- Vefat Teminatıdır.

Vefat Teminatı; Sigortalı'nın her türlü Vefatı (kaza veya hastalık) halinde, poliçede belirlemiş olan teminat tutarı hak sahiplerine ödenir

Sigortalı'nın Vefatı poliçenin hangi yılında ise o yıla ait poliçede yazılı Vefat Teminat Tutarı ödenir.

Ürün Özellikleri;

- Eğitim Sigortası'nın **Ana Teminatı;** Vefat Teminatı'dır.
- Yaş Sınırı ; 18-60 yaşındaki sağlıklı herkes sigortaya girebilir.
- Sigorta Süresi ; Sigorta süresi çocuğun öğrenimine devam edeceği düşünülen süredir.
- Prim Ödeme ; poliçe primi tek seferde ödenir.
- Bu sigorta **TL** (Türk Lirası) para birimi olarak düzenlenebilir.
- Bu sigortanın tenzil, ikraz, vade gelimi ve kar payı hakkı bulunmamaktadır.
- Bu sigorta **Birikimli hayat sigortası değildir.**
- **İştiria;** Poliçenin 3. Yılından sonra **İŞTİRA** hakkı vardır. İştiria için 3 tam yılın geçmesi ve bu döneme ait primlerin eksiksiz ödenmesi gerekir.
- İştiria miktarı, **İştiria tarihindeki aktüeryal matematik karşılık kadardır.**
- **Vefat teminatı;** Hayat Sigortası Genel Şartları'na göre düzenlenmiş olup belirtilen istisnalarda Sigortalı lehine bir teminat genişletilmesi yapılmamıştır. Vefat teminatı ile ilgili istisnalar Hayat Sigortası Genel Şartları'na tabidir.
- Teminat Kapsamı ve Teminat Dışı Haller, Hayat Sigortası Genel Şartları ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları'na tabi olup; dikkatlice okuyunuz. Hayat Sigortası Genel Şartları ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları'na, Şirketimizin www.demirsaglik.com.tr web sitesinden ulaşabilirsiniz.

Aşağıda belirtilen haller vefat teminatı dışındadır

Sigortalı, Sigorta Şirketi'ni haberdar etmeksizin ticari ve hava hatları üzerinde yolcu nakline ruhsatlı işletmelerin uçak veya herhangi bir hava gemisinde ancak, yolcu sıfatıyla seyahat edebilir. Hayatı sigortalanan kişinin ölümü yolcu sıfatı dışında havada yapılan yolculuklar esnasında olursa, Sigorta Şirketi yalnız riya zi ihtiyatı ödemekle yükümlüdür; ölüm tazminatı ödenmez. Sigortalı, intihar ederek öldüğü takdirde, yenilemeler de dâhil olmak üzere Sigortalı aralıksız olarak en az üç yıl sigortaya devam etmiş bulunuyorsa, Sigorta Şirketi, sigorta teminatının tamamını ödemekle yükümlüdür. Sigortalı'nın intihar ederek ölümü akli melekelerindeki bir rahatsızlık sebebiyle üç yıldan önce gerçekleşmiş ise Sigorta Şirketi sigortanın riya zi ihtiyat bedelini ödemekle yükümlüdür.

Sigortalı Adı / Soyadı / İmza	Sigorta Ettiren Adı / Soyadı / İmza	Acente Bilgileri İmza

Sigortadan faydalanan kimse, hayati üzerine sigorta yapılmış olan kişiyi öldürmüş veya onun öldürülmesinde herhangi bir şekilde suç ortaklığı etmişse sigorta bedelinden mahrum kalır ve bu bedel ölenin mirasçılarına ait olur. Aksi sözleşme ile kararlaştırılmadıkça, sigorta savaş halinde geçerli değildir. Ancak Sigortalı savaş esnasında ve savaş hareketleri dolayısıyla ölürse, ölüm tarihindeki matematik karşılıklar, ödeme tarihine kadar geçecek süreye ait teknik faizleriyle birlikte hak sahiplerine ödenir. Sigortalı aksine bir sözleşme olmadığı sürece, AIDS nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj veya tedavi amaçlı olanlar hariç nükleer rizikolar sonucu ölürse, Sigorta Şirketi, yalnız riyaazi ihtiyati ödemekle yükümlüdür.

C. KESİNTİLER

Hazine Müsteşarlığı tarafından onaylanmış tarife teknik esaslarında yer alan kesintiler uygulanır.

D. VERGİ UYGULAMASI

Prim Ödemelerinde

Hayat Sigortası ve/veya Ferdi Kaza Sigortası poliçeleri için ödenen primler **Vergiye Esas Matrahtan** düşürülebilir. Bu konuda Sigortacınıza danışınız.

Tazminat Ödemelerinde

Hayat Sigortası ve/veya Ferdi Kaza Sigortası poliçelerinde **Tazminat Ödemeleri**, içeriğine göre **Veraset İntikal Vergisi ve/veya Gelir Vergisi Kanunu** hükümlerine tabidir.

E. GENEL BİLGİLER

1. Sigorta Şirketi'nin ödeyeceği tazminat, sözleşmenin kurulması sırasında, ilke olarak, herhangi bir sınırlandırmaya tabi olmaksızın taraflarca serbestçe belirlenir.
2. Birden fazla Sigorta Şirketi'ne, aynı veya değişik bedeller üzerinden sigorta yaptırılabilir. Bu durumda her bir Sigorta Şirketi'nin tazminat ödeme borcu birbirinden bağımsızdır.
3. Küçüklerin (reşit-sezgin olmayanların), mahcurların (kısıtlıların) ve mümeyyiz (ergin) olmayanların ölümü üzerine yapılan sigorta poliçesi geçersizdir. Ancak bunların yaşama ihtimaline karşı sigorta poliçesi yapılabilir. Ancak her iki halde de ölüm gerçekleşirse matematik karşılık ödenir.
4. Sözleşme süresi içinde Sigorta Ettiren'in talebi ve Sigorta Şirketi'nin kabulü halinde **sigorta bedeli artırılabilir**.
5. Sigorta Ettiren / Sigortalı adayı tarafından doldurulan başvuru formunun eksiksiz ve doğru cevaplandırılarak doldurulması gerekmektedir. Gerek Sigorta Ettiren gerekse Sigortalı adayı kendisince bilinen ve Sigorta Şirketi tarafından bilinmesi gereken hususları Sigorta Şirketi'ne bildirmekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğün ihlali halinde Sigorta Şirketi sözleşmeden cayabilir ya da istisna, limit, ek prim almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutabilir. Bu nedenle Sigorta Şirketi'ne sözleşmenin her aşamasında 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun 1435 ila 1446'ncı maddeleri ile

Sigortalı Adı / Soyadı / İmza	Sigorta Ettiren Adı / Soyadı / İmza	Acente Bilgileri İmza

1498 ve 1499'uncu maddeleri uyarınca tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminattan indirim yapılabilir, Sigorta Şirketi'nin tazminat ödeme borcu ortadan kalkabilir veya Sigorta Şirketi sözleşmeyi sona erdirebilir.

6. Sigorta Ettiren'in / Sigortalı'nın poliçe tanzim tarihinden itibaren 30 (otuz) gün süre içerisinde poliçeden cayma hakkı bulunmaktadır. Sigorta Ettiren'in / Sigortalı'nın herhangi bir sebeple poliçe tanzim tarihinden itibaren 30 (otuz) gün içerisinde sigortadan vazgeçmesi halinde varsa ödenen primin tamamı, ilgili poliçeden herhangi bir tazminat ödemesi yapılmamış olması durumunda iade edilir.

7. Sigorta priminin, taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa ilk taksidin, sözleşme yapılır yapılmaz ve poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir. Aksi kararlaştırılmamışsa, ilk prim Sigorta Şirketi tarafından tahsil edilmeden rizikonun gerçekleşmesi durumunda Sigorta Şirketi'nin sorumluluğu başlamaz.

TTK'nun 1431. maddesine uygun olarak istenen sigorta primini ödemeyen Sigorta Ettiren mütemerrit olur. İlk taksiti veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, Sigorta Şirketi ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden yasal süre içerisinde cayabilir. İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise; Sigorta Şirketi, Sigorta Ettiren'e, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla 10 (on) günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, 10 (on) günlük süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigorta Şirketi'nin, Sigorta Ettiren'in temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır. Bir sigorta dönemi içinde Sigorta Ettiren'e iki defa haklı ihtar gönderilmişse Sigorta Şirketi, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir.

8. Sigorta güvencesi, poliçede farklı bir ibare yok ise Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de sona erer.

9. Bu poliçenin tarife teknik esasları gereği ödünç para verme uygulaması **bulunmamaktadır**.

10. Sigortalı'nın **Vefatı** halinde, poliçede belirtilen Vefat Teminatı; poliçede belirtilmiş ise Sigortalı'nın Lehtarlarına, belirtilmemiş ise Kanuni Mirasçılarına ödenmek sureti ile sigorta sona erdirilir.

11. Sistemimizde mevcut olan kimlik, adres, telefon vb. bilgilerinizdeki değişiklikleri size daha rahat ulaşılabilmemiz için Demir Sağlık ve Hayat A.Ş. posta adresine, Müşteri Hizmetleri mail adresine yazılı olarak gönderebilir ya da Müşteri Hizmetleri hattımızı arayarak bildirebilirsiniz. **Aksi taktirde Şirketimiz nezdinde kayıtlı adresinize yapılmış tebligatlar geçerli olacaktır.**

12. İleride doğacak ihtilafları önlemek için prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız. Sigorta için ödenen primler vergiden düşülebilir. Bu konuda sigortacınıza danışınız.

13. T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından 30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" in uygulama esaslarına ilişkin hazırlanan 6 Temmuz 2011 tarih ve 2011/15 sayılı Genelge uyarınca; sigortalı/sigorta ettiren/lehtar/hak sahibi sıfatını haiz olduğunuz sigorta ilişkisinde tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermeniz durumunda, tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabileceği gibi 30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

Sigortalı Adı / Soyadı / İmza	Sigorta Ettiren Adı / Soyadı / İmza	Acente Bilgileri İmza

14. Sigorta Kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigorta kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve Sigorta Şirketleri'nden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse geçen konu, bilgi ve kayıtların SBGM, Sigorta Şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

15. Sözleşmenin kurulması sırasında , sigorta süresince ve rizikonun gerçekleşmesi durumunda Sigortacı'ya eksik veya yanlış bilgi vermekten kaçınınız. Aksi takdirde, tazminat ödeme süresi uzayabilir; tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabilir.

16. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi için, **Hayat Grubu Sigortaları Yönetmeliği, Hayat Sigortası Genel ve Özel Şartları** ile ilgili klozlarda yer alan hususların dikkatlice okunması gereklidir. **Hayat Sigortası Genel Şartları ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları'na**, Şirketimizin www.demirsaglik.com.tr web sitesinden ulaşabilirsiniz.

F. TAZMİNAT ÖDEMESİNİN YAPILMASI

1. Sigorta Ettiren, Sigortalı'yı öldürür veya öldürülmesine suç ortaklığı ederse, Sigorta Şirketi bedel ödeme borcundan kurtulur. Lehtar, Sigortalı'yı öldürmüş veya onun öldürülmesinde herhangi bir şekilde suç ortaklığı etmişse, sigorta bedelinden mahrum kalır ve bu bedel Sigortalı'nın mirasçılarına ödenir.

2. Sigortalı, yenilemeler de dahil olmak üzere, en az 3 (üç) yıldan beri devam eden sözleşmede, bu süre geçtikten sonra intihar bağlı ölüm gerçekleşir ise, Sigorta Şirketi, sigorta bedelini ödemekle yükümlüdür. İntihar veya intihara bağlı ölümü, akli melekelerindeki bir rahatsızlık sebebiyle üç yıldan önce gerçekleşmiş ise sigorta bedelini ödemek zorundadır.

3. Rizikonun gerçekleştiğini öğrenince durumu 8 (sekiz) gün içinde gerekli bilgi ve belgelerle birlikte Sigorta Şirketi'ne bildiriniz.

4. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, poliçe teminatı dahilinde tazminat ödeme borcu Sigorta Şirketi'ne aittir.

5. Tazminat başvurusu için gereken bilgi ve belgelere ilişkin listeyi, poliçenizin hazırlanmasını müteakip Sigorta Şirketi'nizden isteyiniz. Bildirim sırasında, Sigorta Şirketi tarafından verilen talimatlar çerçevesinde hareket ediniz.

6. Sözleşmede birden fazla lehtar tayini mümkündür. Mirasçı dışındaki kimseler de lehtar olarak gösterilebilir. Ölüm rizikosuna karşı yapılan sigortalarda, birden fazla kişi payları belirtilmeksizin lehtar olarak atanmışsa, sigorta bedeli üzerinde hepsi eşit oranda hak sahibidir.

Sigortalı Adı / Soyadı / İmza	Sigorta Ettiren Adı / Soyadı / İmza	Acente Bilgileri İmza

G. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

Gerek sigorta sözleşmesinin müzakeresi ve kurulması sırasında, gerekse sözleşmenin geçerli olduğu süre içinde sigorta poliçenize ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara da başvuruda bulunabilirsiniz. Sigorta Şirketi, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 (on beş) iş günü içinde cevaplamak zorundadır.

Merkezi ve Adresi : Büyükdere Cd. Özsezen İş Merkezi 124/B 34394 Esentepe / İSTANBUL
Telefon : 0 (212)288 68 51
Faks : 0 (212)274 65 85
E-mail : musterihizmetleri@demirsaglik.com.tr veya info@demirsaglik.com.tr

H. DİĞER BİLGİLER**1. Tahkim**

Sigorta Şirketi, Sigorta Tahkim Komisyonu'na üyedir.

I. İLETİŞİM İZİNLERİ HAKKINDA ONAY

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. ve acenteleri tarafından doğrudan ya da sms, resim, animasyon, kısa mesaj, multimedya nesneleri içeren MMS, telefon, faks, otomatik arama makineleri, elektronik posta ve benzeri kanallardan iletilecek veri, ses ve görüntü içerikli bilgilendirme, tanıtım ve pazarlama iletilerinin tarafıma gönderilmesini, dilediğim zaman tamamen veya ürün ve kanal bazında veri, ses, görüntü vb. her türlü ileti gönderimini reddetme hakkını haiz olduğumu bildiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

İ. KİŞİSEL VERİLERİNİN İŞLENMESİNE İLİŞKİN BİLGİLENDİRME VE AÇIK RIZA BEYANI**1. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Hakkında Genel Bilgilendirme**

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (bundan sonra "KVKK" olarak anılacaktır) 07 Nisan 2016 tarihli 29677 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır.

2. Veri Sorumlusu Sıfatıyla Bilgilendirme

• Şirketimiz veri sorumlusu olarak Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Anonim Şirketi unvanı ile kişisel verilerinizi ve özel nitelikli kişisel verilerinizi, KVKK kapsamında mevzuatın gerektirdiği ölçüde ve aşağıda açıkladığımız çerçevede işleyebilecek, kaydedebilecek, saklayabilecek, sınıflandırabilecek, güncelleyebilecek ve işleneceği amaç için geçerli olan durumlarda 3. kişilere açıklayabilecek/aktarabilecektir.

Sigortalı Adı / Soyadı / İmza	Sigorta Ettiren Adı / Soyadı / İmza	Acente Bilgileri İmza

• Şirketimiz 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu ve 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu başta olmak üzere tüm ulusal ve uluslararası mevzuat kapsamında sağlık sigortacılığı ve hayat sigortacılığı ürün ve hizmetlerini sunabilmek, sigortacılık faaliyeti kapsamında yükümlülüklerini yerine getirebilmek ve gerekli işlemlerin tesis edilmesi, yürütülmesi ve geliştirilmesini sağlamak, kurulacak ve kurulmuş olan sigorta sözleşmelerinin gereğinin yerine getirilmesi; gerçekleştirilecek her türlü iş ve işlemin sahibini ve ilgisini belirlemek üzere bilgilerini tespit etmek için kimlik, iletişim, adres ve sağlık verileri dahil tüm gerekli bilgilerini kaydetmek, fiziki veya elektronik ortamda gerçekleştirilebilecek iş ve işlemlere dayanak olacak tüm kayıt ve belgeleri tanzim etmek, ulusal ve uluslararası mevzuat uyarınca adli ve idari tüm yetkili mercilerce (Hazine ve Maliye Bakanlığı, Mali Suçları Araştırma Kurulu ("MASAK"), Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi ("SBGM"), Adli Merciler gibi) öngörülen bilgi saklama, raporlama ve bilgilendirme yükümlülüklerini yerine getirmek ve meşru menfaatleri kapsamında güvenliği sağlamak amaçlarıyla kişisel verileriniz ve özel nitelikli kişisel verileriniz işlenmektedir. Şirketimiz' ce sigorta poliçesi tanzimi öncesinde ve sözleşmenin kurulması sonrasında yükümlülüklerini yerine getirmek ve tazminat ödemeleri kapsamında, gerek risk ölçümü yapabilmek, gerekse tazminat taleplerini değerlendirebilmek için sigorta sözleşmesi tarafının/sigortalının/sigorta sözleşmesi kapsamında hak sahibinin kişisel verileri, sağlığıyla ilgili özel nitelikli kişisel verilerinin işlenmesi gereklidir. Şirketimiz, kendisinin, sigorta ettirenin, sigortalı ile sigorta sözleşmesi kapsamında hak sahiplerinin haklarını kullanabilmelerini ve meşru menfaatlerini korumalarını teminen sigorta ettirenin/sigortalının/hak sahiplerinin sağlığıyla ilgili kişisel verilerini elde etmek, değerlendirmek, acenteleri, brokerleri başta olmak üzere aracıları ile reasürörleri, iş ortakları, asistans firmaları, anlaşmalı kurumları ve başta destek hizmeti olmak üzere hizmet aldığı 3. şahıslarla paylaşmak ve mevzuatın izin verdiği süre boyunca kişisel verileri saklamak zorundadır. Sağlık bilgileri, KVKK'nın Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun amir hükümleri ile Şirketimizin Veri Koruma Politikasına uygun olarak sigortacılık faaliyetlerimizi yerine getirmek üzere kısmen, otomatik veya otomatik olmayan yollarla fiziki veya elektronik ortamlarda işlenmektedir. Şirketimizce kişisel verileriniz velveya özel nitelikli kişisel verilerinize ilişkin açık rızalarınız; işbu sözleşme ile tarafımızca veya Genel Müdürlük/Bölge Müdürlüğü çalışanları tarafından, acentelerimiz, brokerlerimiz, internet sitemiz, internet uygulamalarımız ve çağrı merkezimiz tarafından sizlerin tercihlerine göre sözlü, yazılı veya elektronik ortamda toplanacaktır.

• 6563 sayılı Elektronik Ticaretin Düzenlenmesi Hakkında Kanun, 6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun ile bu düzenlemelere dayanak yapılarak hazırlanan 26.08.2015 tarihli 29457 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Elektronik Ticarete Hizmet Sağlayıcı ve Aracı Hizmet Sağlayıcılar Hakkında Yönetmelik, 27.11.2014 tarihli ve 29188 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Mesafeli Sözleşmeler Yönetmeliği ve diğer ilgili mevzuat kapsamında işlem sahibinin bilgilerini tespit için kimlik, iletişim, adres ve diğer gerekli bilgiler kaydedilmek suretiyle işlenmektedir.

• Şirketimize ilettiğiniz kişisel verileriniz ve özel nitelikli kişisel verileriniz ihtiyaçlarınız ve talepleriniz doğrultusunda size uygun ürün, teklif, avantaj veya kampanyalardan yararlanabilmeniz, satış da dahil olmak üzere, bilgilendirme yapılması ve tarafınızla her türlü iletişimin sağlanması amacıyla işlenmekte ve bu doğrultuda kişisel bilgilerinizin, Şirket ve Şirket adına hizmet verenler, acenteleri ve brokerleri tarafından, doğrudan ya da SMS, resim, animasyon, kısa mesaj, multimedya nesneleri içeren MMS, telefon, faks, otomatik arama makineleri, elektronik posta ve benzeri iletişim kanallarından iletilecek veri, ses ve görüntü içerikli bilgilendirme, tanıtım ve pazarlama iletilerinin tarafınıza gönderilmesi kapsamında kişisel verileriniz ve özel nitelikli kişisel verileriniz işlenmektedir.

Sigortalı Adı / Soyadı / İmza	Sigorta Ettiren Adı / Soyadı / İmza	Acente Bilgileri İmza

- Bankacılık ve Elektronik Ödeme alanında zorunlu olan ödeme sistemleri, elektronik sözleşme veya kağıt ortamında işleme dayanak olacak tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek; mevzuat gereği ve diğer otoritelerce öngörülen bilgi saklama, depolama, raporlama, bilgilendirme yapmak veri sorumlusunun yükümlülüğündedir.

3. Kişisel Verilerinizin Paylaşılma Amaçları Ve Aktarılan Yerler

Şirketimiz ile paylaştığınız kişisel verileriniz ve özel nitelikli kişisel verileriniz,

- Sigorta sözleşmesiyle üstlenilen yükümlülükleri yerine getirebilmek için iş ortaklarımızla, reasürörlerimizle, sözleşmeli avukatlarımızla, başta destek hizmeti olmak üzere hizmet alınan firmalarla, acentelerimiz ve brokerlerimizle,
- Sağlıkla ilgili özel nitelikli kişisel verileriniz ile kişisel verileriniz, polişe yapılması aşamasında sigortalı adayının sağlık durumu konusunda uzman görüşü veren, değerlendirme yapan kişi ve kuruluşlarla,
- Tazminat başvurularında ise, yurt içinde ya da yurt dışında yapılacak sağlık işlemini inceleyerek onay veren provizyon hizmet kuruluşlarıyla,
- Özürlülük ve çalışma gücü kaybı seviyelerini içeren raporları değerlendiren ya da belirleyen kuruluşlarla,
- Sağlık konusunda asistans hizmeti veren 3.kişilerle ve diğer anlaşmalı kuruluşlarla,
- Resürans Anlaşmaları kapsamında yurtdışında bulunan (Kişisel Veriler Kurulu tarafından akredite edilen ve kişisel verilerin korunması hususunda yeterli korumanın bulunduğu ülkelere) hizmet aracıları ve reasürörler ile,
- Vefat ve maluliyet söz konusu ise aktüeryal hesaplama yapmak üzere aktüerlerle,
- Kargo şirketleri gibi sunulan hizmetler ile ilgili kişi ve kuruluşlarla,
- Faaliyetlerimizi yürütmek üzere ve/veya Veri İşleyen sıfatı ile hizmet alınan, iş birliği yaptığımız program ortağı kuruluşları, yurtiçi / yurtdışı kuruluşlarla
- Ulusal ve uluslararası mevzuat uyarınca adli ve idari tüm yetkili mercilerce (Hazine ve Maliye Bakanlığı, MASAK, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Adli Merciler gibi) Kurum ve Kuruluşlarca talep edilen hususların yerine getirilmesi ve meşru menfaatleri sağlamak amacıyla ilgili merciler, kurum ve kuruluşlarla paylaşılmaktadır.

4. KVKK Uyarınca Kişisel Veri Sahibinin Hakları

Kişisel Veri Sahibi, Şirketimize başvurarak kendisiyle ilgili;

- Kişisel veri ve özel nitelikli kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verileri ve özel nitelikli kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel verilerin ve özel nitelikli kişisel verilerin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin ve özel nitelikli kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- Kişisel verilerin ve özel nitelikli kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,

Sigortalı Adı / Soyadı / İmza	Sigorta Ettiren Adı / Soyadı / İmza	Acente Bilgileri İmza

- KVKK' nın 7. maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerin ve özel nitelikli kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- Kişisel verilerin düzeltilmesi, silinmesi, yok edilmesi halinde bu işlemlerin, kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere de bildirilmesini isteme,
- İşlenen verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle kişinin kendisi aleyhine bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- Kişisel verilerin ve özel nitelikli kişisel verilerin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğraması hâlinde zararın giderilmesini talep etme, haklarına sahiptir.
- Kişisel Veri Sahipleri, sorularını, görüşlerini veya taleplerini Bilgilendirme Metni ve Şirketin resmi internet sitesinde belirtilen iletişim kanallarından herhangi biri ile Şirketimize yöneltilebilir.

5. Açık Rıza

- Güncel ve geçmiş sağlık verilerim başta olmak üzere özel nitelikli kişisel verilerim ile kişisel verilerimin Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. tarafından işlenmesine, yukarıda açıklanan koşullarda kamu veya özel tüm sağlık hizmeti sunucularından elde edilmesine bu bilgi ve belgelerin Şirketiniz veri kayıt sistemlerine kaydedilmesine ve bu sistemlerde sınıflandırılarak mevzuatın öngördüğü süre boyunca saklanmasına ve depo edilmesine, işbu Bilgilendirme ve Açık Rıza Metnin de belirtilen kişi, kurum ve kuruluşlara aktarılmasına, mevzuattan kaynaklanan yükümlülüklerle istinaden Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, MASAK başta olmak üzere her türlü düzenleyici ve denetleyici kamu / özel kurum ve kuruluşları ile yargı mercilerine açıklanmasına ve aktarılmasına

Açıkça rıza verdiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

SİGORTA ETTİREN / SİGORTALI SIFATIYLA BAŞVURU VE BİLGİLENDİRME FORMU İLE HAYAT SİGORTASI GENEL ŞARTLARI VE POLİÇE ÖZEL ŞARTLARI İLE KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU HAKKINDAKİ BİLGİLENDİRMEYİ AYRI AYRI OKUYARAK VE ANLAYARAK İMZALAMIŞ OLDUĞUMU KABUL VE BEYAN EDERİM. BU BİLGİLENDİRME METNİNİN VE EKİNDE YER ALAN BAŞVURU FORMUNUN BİR NÜSHASI TARAFIMA TESLİM EDİLMİŞTİR.

KREDİ KARTI BİLGİSİNİN ALINMIŞ OLMASI, POLİÇE PRİMİ VEYA İLK TAKSİTİ ÖDENMEDİĞİ SÜRECE, POLİÇENİN TANZİM EDİLDİĞİ VE SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLADIĞI ANLAMINA GELMEYECEKTİR.

İşbu 17 (onycedi) sayfadan oluşan hayat sigortası hakkında bilgilendirme formunu okuyup anladığımı kendim ve menfaattarlarım adına kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Sigortalı Adı / Soyadı / İmza	Sigorta Ettiren Adı / Soyadı / İmza	Acente Bilgileri İmza

*Lütfen Başvuru ve Bilgilendirme Formu üzerinde yer alan tüm alanların BÜYÜK HARFLE ve OKUNAKLI olarak doldurulduğundan emin olunuz. Başvuru ve Bilgilendirme Formu üzerinde değişiklik veya düzeltmeler yapılmak zorunda kalındığında yapılan işlemin yanına Sigorta Ettirenin imzasını alınız.

Hazine müşteşarlığı'nın 2015-10 sayılı genelgesi uyarınca; Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve Sigorta Şirket'lerinden edinilmesine ve Sigorta Şirketi nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtları SBGM, Sigorta Şirket'leri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rica göstermiş sayılır.

SİGORTALI**Adı Soyadı / İmza**

Lütfen bu formdaki soruları eksiksiz ve tam olarak cevaplandırınız.

T.C Kimlik No		Boyunuz (cm)	
Adı Soyadı		Kilonuz (kg)	
Cinsiyetiniz	☐ Erkek ☐ Kadın	Mesleğiniz	
Doğum Tarihiniz	/ /	Çalıştığınız Sektör	
Medeni haliniz	☐ Bekar ☐ Evli ☐ Çocuk Sayısı		

SİGORTALI ADAYININ

1- Bugüne kadar herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi ? ☐ Evet ☐ Hayır

Belirtiniz:

2- Bugüne kadar tümör, ur, kist, nodül, vb. aldıldınız mı ? ☐ Evet ☐ Hayır
Veya bunlarla ilgili biyopsi yaptırdınız mı ?

Belirtiniz:

3- Herhangi bir nedenle şuan da tedavi gördüğünüz rahatsızlık var mı ? ☐ Evet ☐ Hayır

Belirtiniz:

Sigortalı Adı / Soyadı	Tarih	İmza

**4- Bugüne kadar aşağıda belirtilen hastalıkları geçirdiniz mi ?
Veya bunlarla ilgili rahatsızlığınız var mı ?**

- | | | | |
|------------------------------|--|--|--|
| a) Ateşli Romatizma..... | ☐ Evet ☐ Hayır | ı) Sindirim Sorunları..... | ☐ Evet ☐ Hayır |
| b) Kalp Hastalığı..... | ☐ Evet ☐ Hayır | j) Solunum Sorunları..... | ☐ Evet ☐ Hayır |
| c) Kalp Krizi..... | ☐ Evet ☐ Hayır | k) Deri Hastalıkları ve Zührevi Hast. | ☐ Evet ☐ Hayır |
| d) Felç..... | ☐ Evet ☐ Hayır | l) Kanser..... | ☐ Evet ☐ Hayır |
| e) Yüksek Tansiyon | ☐ Evet ☐ Hayır | m) Nörolojik yada Psikiyatrik Hast. | ☐ Evet ☐ Hayır |
| f) Böbrek Hastalığı..... | ☐ Evet ☐ Hayır | n) AIDS..... | ☐ Evet ☐ Hayır |
| g) Şeker Hastalığı..... | ☐ Evet ☐ Hayır | o) Diğer..... | ☐ Evet ☐ Hayır |
| h) Hormonal Bozukluklar.... | ☐ Evet ☐ Hayır | | |

5- Aile bireylerinin herhangi birinde (anne / baba / kardeş) aşağıdaki rahatsızlıklardan biri var mı?

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------------------|--|
| a) Tüberküloz..... | ☐ Evet ☐ Hayır | f) Böbrek Hastalığı..... | ☐ Evet ☐ Hayır |
| b) Şeker Hastalığı..... | ☐ Evet ☐ Hayır | g) Kas Distrofisi..... | ☐ Evet ☐ Hayır |
| c) Yüksek Tansiyon..... | ☐ Evet ☐ Hayır | h) Nörolojik yada Psikiyatrik Hast. | ☐ Evet ☐ Hayır |
| d) Kalp Hastalığı..... | ☐ Evet ☐ Hayır | ı) Hemofili | ☐ Evet ☐ Hayır |
| e) Kanser | ☐ Evet ☐ Hayır | j) Solunum Sorunları..... | ☐ Evet ☐ Hayır |

6- Şu anda ameliyat gerektiren bir şikayetiniz var mı ?

☐ Evet ☐ Hayır

Belirtiniz:

7- Konjenital (doğuştan gelen) bir hastalığınız var mı ?

☐ Evet ☐ Hayır

Belirtiniz:

8- Eksik veya işlevini yapmayan bir uzvunuz var mı ?

☐ Evet ☐ Hayır

Belirtiniz:

9- Şu an herhangi bir tedavi görüyor musunuz ?

☐ Evet ☐ Hayır

Tedavinin amacını, doktorunuzun adını-soyadını ve telefon numarasını yazınız.

Sigortalı Adı / Soyadı	Tarih	İmza

10- Şu an kullandığınız herhangi bir ilaç var mı ?☐ Evet☐ Hayır

İlacın adını, kullanım amacını ve miktarını yazınız.

11-Yukarıdaki sorularda “Evet” olarak cevaplandığınız konularla ilgili teşhisi ve tedaviyi belirterek tedavinin sürelerini, tedavi eden doktor ve hastane adlarını, son durumunuz ile ilgili kendi görüşünüzü yazınız. Ayrıca 4. soruda sıralanan hastalıkları geçirdiyseniz, bunları da aynı şekilde belirtiniz. Bu konularla ilgili elinizdeki ameliyat raporu, patoloji raporu ve son raporların bir kopyasını, lütfen forma ekleyiniz.

Teşhis Tedavi	Tarih (Ay / Yıl)	İlgili		Son Durum
		Doktor	Hastane	

12- Kadınlar tarafından cevaplandırılacaktır.a) Kadın Hastalığı Geçirdiniz mi?..... ☐ Evet ☐ Hayır

Belirtiniz:.....

b) Doğum Yaptınız mı? ☐ Evet ☐ Hayırc) Düşük Yaptınız mı?..... ☐ Evet ☐ Hayırd) Şu Anda Hamile misiniz? Kaç Aylık?..... ☐ Evet ☐ Hayır**13- Askerlik yaptınız mı? (Erkekler tarafından cevaplandırılacaktır.)**☐ Evet☐ Hayır

Yapmadıysanız Sebeğini Belirtiniz:

14- Bugüne kadar yukarıda belirtilen hastalıklar dışında sağlık sorunuz oldu mu ?☐ Evet☐ Hayır

Belirtiniz:

Sigortalı Adı / Soyadı	Tarih	İmza

15- Şu anda doktora başvurmanızı gerektiren veya gerektirmeyen herhangi bir probleminiz var mı?

☐ Evet☐ Hayır

Evet ise Şikayetiniz Nedir?

16- Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız.

Haftada 40 saatten fazla çalışıyor musunuz ?..... ☐ Evet ☐ Hayır

Yurt dışına yılda 6 defadan fazla çıkar mısınız ?..... ☐ Evet ☐ Hayır

Günde 6 saatten az uyuyor musunuz ?..... ☐ Evet ☐ Hayır

17- Zararlı alışkanlıklarınız var mı ?

Sigara kullanıyor musunuz ?..... ☐ Evet ☐ Hayır

Alkol kullanıyor musunuz ?..... ☐ Evet ☐ Hayır

18- Aşağıdaki konularla ilgili uğraşlarınız var mı ?

☐ Evet☐ Hayır

☐ Dağcılık ☐ Dalgıçlık ☐ Sivil Havacılık (palnör,paraşüt,pilotluk vb.) ☐ Binicilik

☐ Kayak ve Patinaj ☐ Su Sporları ☐ Motor Sporları / Otomobil ☐ Diğerleri

Belirtiniz.....

19- Şu anda yürürlükte olan başka bir hayat veya sağlık sigortanız var mı ?

☐ Evet☐ Hayır

Lütfen poliçe örneğini ilştiriniz.

Sigortanın Adı :

Şirket Adı :

Başvuru / Poliçe No :

20- Daha önce herhangi bir hayat veya sağlık sigortası başvurunuz red veya poliçeniz iptal edildimi? Edildi ise bu poliçenin adını, şirketini, başvuru / poliçe numarasını ve red / iptal nedenini yazınız.

☐ Evet☐ Hayır

Şirket Adı :

Sigortanın Adı :

Başvuru / Poliçe No :

**Sigortalı
Adı / Soyadı**

Tarih

İmza

Kendim ve kanunen bakmakla yükümlü olduğum kişiler adına, yukarıdaki başvuruya göre tanzim edilecek, poliçeyi esas alarak tazminat talebinde bulunabileceğimi ve:

- 1-)** Bu formda yada bu başvuru konusu ile ilgili herhangi bir beyanımda veyahut tıbbi bir muayeneyi gerektiren durumlarda verdiğim tüm cevapların doğru ve tam olduğunu söz konusu tüm bilgilerin Sigorta Şirketi'nce kabul görmesi halinde aktin temelini oluşturacağını,
- 2-)** Yukarıdaki yanıtlar ve bildirimlerin yanı sıra, başka başvurular ve formlarda verilen cevapların ve tanzim edilecek olan poliçenin teklif edilen akdin temelini oluşturacağını,
- 3-)** Bu başvurunun tamamlanmasından önce var olan rahatsızlıklardan kaynaklanan tıbbi harcamalar, Sigorta Şirketi tarafından önerilip kabul edilmediği takdirde teminat dahilinde olmayacağını ve Sigorta Şirketi'nin haberdar olması gereken bilgiler sakladığı takdirde başvurunun yapıldığı tarihten itibaren geçersiz olacağını kabul ediyorum.
- 4-)** Sağlık Sigortası Genel Şartlarının yukarıda 1-20 arasında yer alan tüm soruların (13 hariç) tarafımdan boş bırakılmış (cevapsız) olması halinde tüm soruların "Hayır", 13. sorunun ise "Evet" olarak değerlendirilmesini kabul ediyorum.
- 5-)** Sigorta Şirketi'nin; yukarıdaki bilgilerle birlikte, kendi sağlığını ve kanunen bakmakla yükümlü olduğum kişilerin sağlığı hakkında bilgi sahibi olan hekimleri, sağlık kuruluşlarını, Sigorta Şirketi'ni ya da diğer kişi ve kuruluşları, tıbbi öneri, tanı, tedavi ve masraflarla ilgili her türlü kayıtları arama, araştırma ve inceleme konusunda yetkili olduğunu bildiririm.
- 6-)** Sigorta Şirketi bu başvuruyu kabul etmek zorunda değildir. Başvuruyu kabul etmeden önce, başvuru sahibinden sağlık durumuyla ilgili daha fazla bilgi isteyebilir, masrafları başvuru sahibi tarafından karşılanmak üzere bazı incelemelerin yapılmasını gerekli görebilir. Sigorta Şirketi'nin kararı kesin ve tartışılmazdır. Belirtilen koşullar altında Sigorta Şirketi'nin bu başvuruyu kabul etmesini etkileyebilecek bilgi saklandığı takdirde poliçe geçersiz kalacaktır.
- 7-) Yenileme Dönemi:** Her bir yenileme döneminde, önceki sigorta dönemindeki sağlık durumunda meydana gelen değişiklikleri aynen ve yeniden beyan edeceğimi ve önceki dönemde yaşadığı sağlık sorularının takibinden Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'yi sorumlu ve zorunlu kılmayacağımı beyan ve taahhüt ederim.

Sigortalı Adı / Soyadı	Tarih	İmza