

BAŞVURU FORMU	Yeni İş		
Başvuru Form No.			
Teklif No.	Sigortalı/Sigorta ettiren tarafından kabul edilen teklif, başvuru formuna iliştilirilmelidir.		
Ürün Adı	Network		
Plan/Teminat			

SİGORTALI BİLGİLERİ			
Adı		Doğum Tarihi	__ / __ / ____
Soyadı		Boy/Kilo	__ cm / __ kg
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No.		Meslek	
Uyruk	<input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer _____	GSM No.	(0)
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	E-posta	
İkametgah Adresi			

SİGORTALI EŞİ			
Adı		Doğum Tarihi	__ / __ / ____
Soyadı		Boy/Kilo	__ cm / __ kg
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No.		Meslek	
Uyruk	<input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer _____	GSM No.	(0)
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	E-posta	
İkametgah Adresi			

SİGORTALI ÇOCUK 1			
Adı		Doğum Tarihi	__ / __ / ____
Soyadı		Boy/Kilo	__ cm / __ kg
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No.		Meslek	
Uyruk	<input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer _____	GSM No.	(0)
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	E-posta	
İkametgah Adresi			

SİGORTALI ÇOCUK 2 (İlave çocuk olması halinde yeni form doldurabilirsiniz.)

Adı		Doğum Tarihi	__ / __ / ____
Soyadı		Boy/Kilo	__ cm / __ kg
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No.		Meslek	
Uyruk	<input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer _____	GSM No.	(0)
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	E-posta	
İkametgah Adresi			

DiğER SİGORTA ŞİRKETİ BİLGİLERİ

Başka sigorta şirket(ler)inde sona eren veya halen devam eden sağlık poliçeniz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Sigorta Şirketi Adı	Police Bitiş Tarihi	__ / __ / ____	Police Numarası

Sağlık Beyanı

Sigortalanması talep edilen kişilerde; Akciğer/Solunum Yolu Hastalıkları, Bağırsak Hastalıkları, Burun, Kafa Sinüs, Konka Hastalıkları, Deri ve/veya Lenf Bezi Hastalıkları, Eklem Hastalıkları (Diz, Kalça, Omuz gibi), Göz Hastalıkları, İyi Huylu Kist, Kitle/Tümör, Kan Hastalıkları, Endokrin Sistem Hastalığı (Hormon Bozuklukları gibi), Kas, Kemik Hastalıkları (Kırık/Çıkıklar dahil), Meme Hastalıkları, Prostat ve Testis Hastalığı, Rahim ve Yumurtalık Hastalığı, Sinir Sistemi, Beyin/Beyin Damar Hastalıkları, Tansiyon Hastalığı, Varis Anorektal Hastalıklar (Basur, Fistül gibi), Böbrek ve İdrar Yolları Hastalıkları, Büyüme ve Gelişme Geriliği, Doğumsal, Kalıtsal Hastalıklar Fıtıklar (Kasık, Göbek gibi), Her Tür Kanser, Kötü Huylu Kitle/Tümör, Kalp ve Damar Hastalığı, Kulak ve Denge Sistemi Hastalıkları, Karaciğer, Safra, Pankreas ve Dalak Hastalıkları, Şeker Hastalığı, İnsülin Direnci, Glukoz Metabolizma Bozukluğu, Omurga Hastalıkları (Boyun, Sırt ve Bel), Psikiyatrik Hastalık, Romatizmal Hastalık, Yemek Borusu, Mide ve Duodenum Hastalıkları, Tiroid ve Paratiroid Bezi Hastalıkları ve bu belirtilen hastalıklar dışında her türlü hastalık, kaza durumu ile ilgili tedavi gördünüz mü, ameliyat oldunuz mu, hastanede yattınız mı ve halen devam eden/planlanan bir tedaviniz ya da beklediğiniz bir tetkik sonucu var mı?

Evet Hayır

Beyan edilen hastalık/lar ile ilgili raporları (Dr. raporları, patoloji ve epikriz raporları, tetkik sonuçları vb.) başvuruya ekleyiniz.

Sigortalı Adı - Soyadı	Hastalık Açıklama (hastalık adı, doktor, hastane vb.)	Güncel Durum	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi

SİGORTA ETTİREN BİLGİLERİ (Sigorta ettiren ile sigortalı aynı kişi ise doldurmayınız.)

Adı - Soyadı (Tüzel Kişi Unvan)	Kimlik No.	Uyruk	Vergi Kimlik No.
Doğum Yeri	Doğum Tarihi	Cinsiyet	Anne Adı
Baba Adı	Medeni Hali	Meslek	İkametgah Adresi

PRİM ÖDEME BİLGİLERİ

Ödeme Türü	Peşin <input type="checkbox"/>	Taksitli <input type="checkbox"/>	Taksit Sayısı _____
------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------

Sigorta ettirenin ve kredi kartı sahibinin ıslak imzası/onaylı formu, Başvuru Formu'na eklenmelidir.

Beyan ve Taahhütname

Sigorta şartlarını kabul ederek eksiksiz olarak doldurduğum/beyan ettiğim Başvuru ve Bilgilendirme Formu doğrultusunda gerek kendim gerekse sigortalanmasını istediğim yakınlarım (eş, çocuk) için Form'da belirtilen maddeleri kabul, beyan ve taahhüt ederim. Formun doldurulduğu/onaylandığı tarih Poliçe Başlangıç Tarihi olarak kabul edilir.

Ticari Elektronik İleti Onay Metni

Tanıtım ve Pazarlama İçerikli Ticari Elektronik İleti Gönderimi İçin Kişisel Verilerin İşlenmesine Yönelik Aydınlatma Metninde yer alan bilgilendirme doğrultusunda; Türk Nippon Sigorta A.Ş. topluluk şirketleri, iştirakleri ve acenteleri tarafından pazarlama ve tanıtım amaçlarıyla tarafınıza ticari elektronik ileti gönderilmesine onay veriyorum.

Evet Hayır

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

KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ AYDINLATMA METNİ

Türk Nippon Sigorta A.Ş. (Türk Nippon) olarak tüm kişisel verilerinizin (kişisel veri ve özel nitelikli kişisel veri) güvenliğinin sağlanmasına önem veriyoruz. Tüm kişisel verileriniz şirketimiz tarafından, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunda (KVKK) yer alan temel ilkelere, veri işleme şartlarına uygun olarak işlenmekte, muhafaza edilmekte ve korunmaktadır. Bu amaçla, verilerin korunması için her türlü önlemi alan ve azami hassasiyet gösteren Türk Nippon Sigorta ailesi olarak, tüm kişisel verilerinizin işlenmesi hususunda sizleri bilgilendirmek isteriz.

a) Veri Sorumlusu: Türk Nippon, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 3. maddesinde tanımlı "Veri Sorumlusu" sıfatıyla kişisel verilerinizi işlemektedir.

b) Kişisel Verilerin Hangi Amaçla İşleneceği: KVKK kapsamında kişisel verileriniz, sigorta teklifleri ve sigorta sözleşmeleri kapsamında Türk Nippon tarafından Veri Sorumlusu sıfatıyla, poliçe ve sözleşme gereğinin ifa edilebilmesi, risk değerlendirmesi yapılabilmesi, sigorta primlerinin belirlenebilmesi, tahsilat yapılabilmesi, tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi, sigortacılık ürün ve hizmetlerinin, avantaj veya kampanyaların sunulabilmesi, bilgilendirme, tanıtım, pazarlama ve satış da dahil olmak üzere her türlü iletişimin sağlanması ve bu amaçlarla ticari elektronik ileti gönderilebilmesi, mevzuatta belirtilen yükümlülüklerin ifa edilebilmesi, işlem yapanın/yapıtranın kimliğinin tespit edilebilmesi, elektronik ortamda veya basılı olarak kayıt ve belge düzenlenebilmesi, mevzuatta öngörülen evrak saklama, raporlama ve bilgilendirme yükümlülüklerinin yerine getirilebilmesi ve istatistiksel amaçlarla işlenebilecektir. Ayrıca Şirketimiz, KVK Kanunu'nun 5. ve 6. maddelerinde belirtilen diğer amaçlarla ve bu veri işleme şartları ile sınırlı olmak kaydıyla da kişisel verilerinizi işleyebilmektedir.

c) Özel Nitelikli Kişisel Verilerin Nasıl İşleneceği: KVKK kapsamında özel nitelikli kişisel verileriniz (sağlık, genetik veriler vb.) her türlü sağlık sigortaları ilgili teklif ve/veya sigorta sözleşmeleri kapsamında Türk Nippon tarafından Veri Sorumlusu sıfatıyla, poliçe ve sözleşme gereğinin ifa edilebilmesi, sağlık sigortalarındaki geçiş süreçlerinde hem paylaşımı talep eden hem de paylaşan olabilmesi, risk değerlendirmesi yapılabilmesi, sigorta primlerinin belirlenebilmesi, tahsilat yapılabilmesi, tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi, mevzuatta belirtilen yükümlülüklerin ifa edilebilmesi, işlem yapanın/yapıtranın kimliğinin tespit edilebilmesi, elektronik ortamda veya basılı olarak kayıt ve belge düzenlenebilmesi, mevzuatta öngörülen evrak saklama, raporlama ve bilgilendirme yükümlülüklerinin yerine getirilebilmesi ve istatistiksel amaçlarla işlenebilecektir.

d) İşlenen Tüm Kişisel Verilerin Kimlere ve Hangi Amaçla Aktarılabileceği: Yukarıda belirtilen amaçlarla kişisel verileriniz ve açıkça rıza göstermeniz halinde özel nitelikli verileriniz, denetleyici ve düzenleyici makamlar ve ilgili kamu kuruluşları, meslek kuruluşları ve benzeri kuruluşlar ile; mevzuat hükümlerinin izin verdiği kişi veya kuruluşlara, sağlık sigortalarındaki geçiş süreçlerinde geçiş yapılacak sigorta şirketine, yurt içi/yurt dışı iştiraklere, reasürörlere, sigorta ve aracılara, poliçe ve sözleşme taraflarına, mevzuatta belirtilen amaçlara konu faaliyetlerini yürütmek üzere hizmet alınan, iş birliği yapılan kişi ve kuruluşlar ile destek hizmeti sağlayıcılarına mevzuatın izin verdiği ölçüde aktarılabilecektir.

e) Kişisel Verileri Toplamanın Yöntemi ve Hukuki Sebebi: Kişisel verileriniz, yukarıda sıralanan amaçlar kapsamında, sigortalılık kayıtlarınız ve sağlık durumunuz ile ilgili bilgi ve kayıt kopyaları Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığında, kamu/özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından, mevcut ve/veya diğer sigorta şirketlerinden, hekimlerden ve/veya ilgili mevzuat ile belirlenen tüm kamu ve özel kurum ve kuruluşlardan ve üçüncü şahıslardan, yurt içi/yurt dışı iştiraklerden, işbirliği yapılan program ortağı kurum ve kuruluşlar ile resmi kurumlardan, yurt içi/yurt dışı bankalardan sözlü, yazılı veya elektronik ortamda, tamamen veya kısmen otomatik olan ya da herhangi bir veri kayıt sisteminin parçası olarak otomatik olmayan yollarla temin edilerek, toplanabilecek, işlenebilecek, güncellenebilecek, periyodik olarak kontrol edilebilecektir.

f) Veri Sahibinin Hakları: Veri sahibi olarak, şirketimize başvurarak kendinizle ilgili;

- Kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel verilerin işlenme 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 halinde bunların düzeltilmesini isteme,
- KVKK 7. maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- Kişisel verilerin düzeltilmesi, silinmesi veya yok edilmesi işlemlerinin, 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 halinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahip olduğunuzu bildiririz.

Haklarınıza ve KVKK uygulanmasına ilişkin diğer taleplerinizi yazılı olarak veya Kişisel Verileri Koruma Kurulu'nun belirleyeceği diğer yöntemlerle Türk Nippon'a iletmeniz mümkündür. Türk Nippon, bu kapsamdaki taleplerinizi, talebin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç 30 gün içinde ücretsiz olarak sonuçlandıracaktır. Ancak, işlemin ayrıca bir maliyeti gerektirmesi halinde, kurulca belirlenecek tarifedeki ücret alınabilecektir.

Kişisel veri politikamız ile haklarınızı kullanabilmeniz için hazırlamış olduğumuz başvuru formu için bkz. www.turknippon.com

Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Onay Metni

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

Evet Hayır (*)

(*) Hayır olarak seçilmesi halinde sağlık verilerinizi işlememiz mümkün olmayacağından sigorta poliçeniz düzenlenemeyebilecektir.

Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma Metninde yer alan poliçe tanzim, poliçe yenileme ve tazminat ödeme işlemleri için gerekli olanların dışında kalan sağlık verilerinizin (tedavi detayları, tetkik, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları ve benzeri hastalık ve tedavi bilgileri), poliçe ilgilisi olan Sigorta Aracısı (Acente-Broker) ile paylaşılmasını onaylıyor musunuz?

Başka bir sigorta şirketine geçiş yapılmak istenmesi durumunda, sağlık verilerinizin sigorta geçiş işlemleri için ilgili sigorta şirketleri ile paylaşılmasını onaylıyor musunuz?

Kişisel verilerimin işleme amaçları ve veri işleme faaliyetleri hakkında Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Kanun uyarınca tarafıma sunulmuş olan Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma metnini okuyup inceleyerek aşağıdaki onayları vermekteyim.

Sigortalı/Sigorta Ettiren

Adı-Soyadı:

 Evet Hayır

Tarih __/__/____

İmza

Beyan sahibi, 18 yaş ve üstü veya 18 yaş altı sigortalı adayının ebeveynlerinden biridir.