

ANADOLU SİGORTA

İSTANBUL BÖLGE MÜD.
FAKS:0850 744 0 753
KADIKÖY BÖLGE MÜD.

FAKS:0850 744 0 754 AKDENİZ BÖLGE
MÜD.
FAKS:0850 744 0 752 BATI ANADOLU
BÖLGE MÜD. FAKS:0850 744 0 747
GÜNEY ANADOLU BÖLGE MÜD.
FAKS:0850 744 0 746 İÇ ANADOLU
BÖLGE MÜD.

FAKS:0850 744 0 749 KARADENİZ BÖLGE MÜD.
FAKS:0850 744 0 751 FAKS:(392) 227 95 96
MARMARA BÖLGE MÜD.
FAKS:0850 744 0 748
ORTA KARADENİZ BÖLGE MÜD. www.anadolusigorta.com.tr
FAKS:0850 744 0 750

KIBRIS ŞUBESİ

KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

Çerçeve ile gölgelendirilmiş alanlar Anadolu Sigorta/Acente tarafından doldurulacaktır./The fields shaded with borders shall be filled by the company/Agency.

Acente kodu/Agency code	Şube kodu/Branch code	Eleman Kodu/Personnel code
Yeni Müşteri/New Customer	Müşteri No./Customer no	Müşteri grupno/ Customer grou
		Poliçe no/Policy no. p no.

BU BÖLÜMDEKİ TARİH BOŞLUĞU, ŞİRKET YETKİLİSİ TARAFINDAN, SONRADAN SİGORTA KAPSAMINA ALINMASI İSTENEN PERSONEL VE/VEYA AİLE BİREYLERİ İÇİN DOLDURULACAKTIR./THE DATE FIELD IN THIS SECTION SHALL BE FILLED BY THE COMPANY OFFICIAL, FOR THE PERSONNEL AND/ OR RELATIVES WHO ARE REQUESTED TO BE INCLUDED IN THE INSURANCE AT A LATER TIME.

Personel ve/veya aile bireylerinin grup sağlık sigortasına başlangıç tarihi ___ / ___ / ___ olacaktır./The group health insurance commencement date for the personnel and/or relatives shall be ___ / ___ / ___

Lütfen seçeneklerden bir tanesini işaretleyiniz./Please mark only one option.

— Bu soru formu personel ve/veya aile bireylerinin Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketine ilk başvuruları için doldurulmuştur./This

questionnaire is filled for the initial applications to Anadolu Anonim Türk Sigorta fiirketi for the personnel and/or relatives.

— Bu soru formu personelin eş ve/veya çocuklarının ilavesi için doldurulmuştur. Personel sigorta kapsamındadır./This questionnaire is filled

for the addition of the spouse and/or children of the personnel. The personnel is included in the framework of the insurance.

(Eş ve/veya çocuk ilavesi için doldurulsa da, çalışanın isminin bu forma yazılması gerekmektedir.)/(The personnel should be named on the form, even if the form is filled for the addition of spouse and/or children.)

Firmanın unvanı/Title of the Firm

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ

1. Sigortalı adayının bilgileri/Information regarding the candidate insured

Adı ve soyadı/Name and Surname

Doğum tarihi/Date of Birth

Cinsiyeti/Gender

Baba adı/Father's Name

Uyruğu/Nationality

E/M K/F

TC kimlik no/ Yabancı kimlik no/Vergi Kimlik No/T.R. identity no./ Foreign identity no./Taxpayer Identification Number

Medeni hal/Marital Status

Öğrenim durumu/Education

İlkokul/Primary school Ortaokul/Secondary school school

Evli/Married

Bekar/Single

Lise/High

Üniversite/University

Lisansüstü/Graduate school

Meslek/Profession

Kan grubu/Blood type

Çocuk sayısı/Number of Children

Boy/kilo/Height/weight
cm/ kg

Çalıştığı Şirketin adı/Employer firm's name

Kaç yıldır bu iş yerinde çalışıyor/Years of employment in the firm

İşyerindeki unvanı/Title in the firm

Bir önceki işi/Previous job

Yazışma adresinizi belirtiniz./Please specify preferred correspondence address.

Ev/Home

İş/Work

RUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

Serbest adres (Sadece, aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır.)/Free text address (add information if only above sections are inapplicable to your address)

Köy/Mahalle/Village

Cadde/Street

Sokak/Street

Bina no/
Building no.

Daire no/
Flat no.

Kat/
Floor

Semt/
District

ilçe/
Town

il/
City

Posta kodu/Postal code

E-posta/E-mail

@

İş Telefonu/Phone

Cep telefonu/Mobile phone

Faks/Fax

2. Banka hesap bilgileri (şirketimize göndereceğiniz sağlık giderlerinize ait fatura tutarlarının ödenmesini istediğiniz banka hesap numarasını belirtiniz.)/Bank account details (Please specify the bank account details regarding the payment of medical expense invoices you will submit to our company.)

Banka adı/Bank's name

Şube adı/Branch name

Hesap no/Account no.

IBAN*/IBAN*

*26 haneli IBAN (Uluslararası Banka Hesap Numarası) yazılacaktır./Please specify 26 digits-long IBAN (International Bank Account Number).

3. Sigortalanacak aile bireyleri ile ilgili bilgiler/Information regarding the family members to be insured
(SADECE AİLE POLİÇESİ SATIN ALACAKLAR DOLDURACAKTIR./TO BE FILLED BY JUST THOSE TO PURCHASE FAMILY INSURANCE.)

Adı ve soyadı/ Cinsiyeti/Gender Doğum tarihi/Date of Birth Uyruğu/Nationality TC kimlik no/ Yabancı kimlikno/Vergi

Kimlik No/T.R. identity Kan grubu/Blood type Boy/kilo/ Height/ Meslek/ Profession

Name and Surname

no./ Foreign identity no./
Taxpayer Identification Number

weight

Eş/ E/M K/F

Çocuk/Child E/M K/F / / cm/ kg

Çocuk/Child E/M K/F / / cm/ kg

Çocuk/Child E/M K/F / / cm/ kg

Çocuk/Child E/M K/F / / cm/ kg

Spouse: / / cm/ kg

LÜTFEN SAĞLIK BEYANINI DOLDURMADAN ÖNCE BU KUTUYU OKUYUNUZ./PLEASE READ THIS BOX BEFORE FILLING OUT THE HEALTH DECLARATION.

Sayın başvuru sahibi,

- Sağlık beyanındaki soruları dikkatle okuyup, açık, eksiksiz ve doğru olarak cevaplayınız.

RUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

- Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi'nin sunduğu sağlık sigortası hizmetinden yararlanabilmeniz için, sizin ve sigortalanmasını istediğiniz aile bireylerinizin sağlık durumları ile ilgili aşağıdaki soruları özenle cevaplamanız gerekmektedir.
 - Sağlık beyanında yer alan rahatsızlıklarınız ile ilgili mümkün olduğunca detaylı bilgi veriniz. Eğer var ise, şikayetinizin kesin teşhisi ve teşhis tarihini, uygulanan tedavi ile kullandığınız ilaçların adlarını, hastanede yatarak tedavi ve ameliyat ile ilgili epikriz raporu ve/veya tedavinin yeri ve doktorunuzun adını belirtiniz.
- Tarafınızca bilinen rahatsızlıklarınız ile ilgili sağlık beyanında hiç bilgi vermemeniz veya eksik bilgi vermeniz, Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ve poliçe özel şartlarına aykırı düşecektir.
- Cevaplarınız için ayrılan boşluklar yeterli gelmezse lütfen ayrı bir dosya kağıdı kullanınız ve bu forma ekleyiniz.

Dear applicant,

- Please provide a clear, accurate, and complete answers to the questions in the health declaration after reading them carefully.
- It is crucial for you to answer in a diligent manner the questions below regarding your and family members' health, in order to benefit from the health insurance service provided by Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi.
- Please provide as much detailed information as possible about the conditions included in your health declaration. • If any, please specify the conclusive diagnosis and diagnosis date for your condition, the treatment applied, and the names of the medicine you use, and the epicrisis report regarding in-patient treatment and operation and/or the place of treatment and the name of your doctor.

Failure on your part to provide incomplete information or none at all regarding the conditions you are aware of shall constitute a breach of the general terms and conditions of the Health Insurance, and special terms and conditions of the policy.

- In case the spaces provided for your answers do not suffice, please use another blank paper and attach it to the form.

SAĞLIK BEYANI/HEALTH DECLARATION

1. **Şizde veya ailenizin sigortalanacak bireylerinden herhangi birinde kalıtsal hastalık, doğuştan ya da sonradan varolan bir sakatlık veyavücut deformasyonu var mı?**/Do you or any member of your family who are to be insured suffer from a hereditary disorder, a disability or body deformation since birth or from a later time? Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/Name and surname

Durum hakkında bilgi/Information regarding the condition

--	--

2. **Aşağıda belirtilen rahatsızlıklara siz veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi biri maruz kaldı mı?**/Have you or any member of your family who are to be insured suffered the conditions specified below? **Bu nedenle tetkik ve tedavi gördü mü?**/Or diagnosed or treated for these? Evet/Yes Hayır/No

<input type="checkbox"/> Kalp ve damar hast./ Cardio-vascular	<input type="checkbox"/> Mide	<input type="checkbox"/> kanaması/Gastrointestinal bleeding	<input type="checkbox"/> Kronik bel ve boyun ağrısı/ back and neck pain	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Yüksek tansiyon/Hyper tension	<input type="checkbox"/> Safra	<input type="checkbox"/> kesesi taşı/Gallbladder stone	<input type="checkbox"/> Sinir	<input type="checkbox"/> hastalıkları/Nervous system diseases
<input type="checkbox"/> Şeker/Diabetes	<input type="checkbox"/> Meme	<input type="checkbox"/> hastalığı/Breast disease	<input type="checkbox"/> İditme	<input type="checkbox"/> kaybı/Hearing loss
<input type="checkbox"/> Kanseri/Cancer	<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> hastalığı/Gynaecological diseases	<input type="checkbox"/> Kronik burun tıkanıklığı/ Congestion	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Romatizma/Rheumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Reflü/Reflux Choronic Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nefes darlığı/Dyspnea	<input type="checkbox"/> Yumurtalık	<input type="checkbox"/> kisti/Ovary cyst	<input type="checkbox"/> Sinüzit/Sinusitis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verem/Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Miyom/Myoma	<input type="checkbox"/> Depresyon/Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bronşit/Bronchitis	<input type="checkbox"/> Böbrek	<input type="checkbox"/> taşı/Kidney stones	<input type="checkbox"/> Alkolizm/Alcoholism	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Astim/Asthma	<input type="checkbox"/> Kansızlık/Anemia	<input type="checkbox"/> Karaciğer hastalığı/Liver disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Guatr/Goiter	<input type="checkbox"/> Kronik baş	<input type="checkbox"/> ağrısı/Chronic headache	<input type="checkbox"/> Böbrek	<input type="checkbox"/> hastalığı/Kidney disease
<input type="checkbox"/> Fıtık (kasık/boyun/bel)/ Hernia (inguinal/cervical disc/spinal	<input type="checkbox"/> Kronik ishal	<input type="checkbox"/> ve kabızlık/ Geçirilmiş travma ve disc) Chronic diarrhea and constipation	<input type="checkbox"/> kaza/ Traumas and accidents	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gastrit/Gastritis	<input type="checkbox"/> İdrar	<input type="checkbox"/> kaçırmaya/Urinary incontinence	<input type="checkbox"/> Kan hastalıkları/Blood Diseases	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ülser/Ulcer	<input type="checkbox"/> Diğer (Varsa lütfen belirtiniz.)	<input type="checkbox"/> belirtiniz./Other (Please specify if any.)		

Yukarıda belirttiğiniz rahatsızlıklara ilişkin bilgileri ayrıntılarıyla aşağıda açıklayınız./Please specify below the details regarding the abovementioned conditions. Evet/Yes Hayır/No

Adı ve Soyadı/ kullanılan ilaçlar/	Hastalık/ Yapılan tetkik ve tedavi türü ve kuruluşunun adı/	İlk teşhis tarihi ve sağlık Diagnosis and treatment and the Date of the initial diagnosis and medicine used the name of the medical institution	Name and surname Condition

RUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

3. Siz veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi biri ameliyat oldu mu ve/veya ameliyatsız yatarak tedavi gördü mü? (Tedavi gördüyse lütfen hasta çıkışepikrizini ve/veya ameliyat ve raporunu ve tetkik sonuçlarını soru formuna ekleyip gönderiniz.)/Have you or any member of your family who are to be insured been operated on, or had been treated as an in-patient without any operation? (If yes, please attach the discharge epicrisis and/or operation report and diagnosis results to the questionnaire.)

Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/ Name and surname	Ameliyatın adı/ Name of the operation	Ameliyatsız yatarak tedavinin adı/Name of in-patient treatment	Hastane ve doktor adı/ Name of the hospital and doctor	Tarih/Date
				___/___/___
				___/___/___
				___/___/___

4. Siz veya sigortalanacak aile bireylerinde (Kan ve idrar tahlili, EKG, röntgen, MR, tomografi, ultrasonografi, sintigrafi, mamografi, biopsi, anjiyografi, gastroskopi, kolonoskopi, rektoskopi, bronkoskopi, sistoskopi, vb.) yapıldı mı? Fizik tedavi uygulandı mı veya ilaç kullanıldı mı? (Tetkik yapıldı ise, tetkik sonuçlarını soru formuyla birlikte gönderiniz.)/Have you or any member of your family who are to be insured had medical problems and/or undergone any diagnosis (blood and urine analysis, EKG, roentgen, MR, tomography, ultrasonography, scintigraphy, mammography, biopsy, angiography, gastroscopy, colonoscopy, rectoscopy, bronchoscopy, cystoscopy etc.) regarding such problems, even if no diagnosis is effected? Was physical thereapy or medicines used? (If analyses were made, please attach the analysis results to the questionnaire.) Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/ Hastalık/yakınma/ Yapılan tetkik ve/veya kullanılan Teşhis konulmuşsa hastalığın Name and surname
Disease/complaint ilaçlar, uygulanan fizik tedavisi/ adı/teşhis yeri ve tanısı/

Analysis and/or medicines used, If diagnosed, name of the
disease/ physical therapy applied place of diagnosis

--	--	--	--

5. Sigorta kapsamına alınacak erkekler askerliklerini tamamladılar mı?/Have the male persons to be insured have completed their military service? Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/Name and surname Tamamlamama nedeni/Why not?

--	--

6. Sigorta kapsamına alınacak kadınlar arasında hamile olan var mı?/Are the women to be insured are pregnant?

Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/Name and surname

Kaç aylık/Months into pregnancy

--	--

7. Sizin ve/veya sigortalanacak aile bireylerinizden herhangi birinin profesyonel veya amatör lisanslı olarak yaptığı spor dalı varsa aşağıda belirtiniz./Please specify any sports you and/or any family members to be insured perform in on a professional or amateur licensed basis.

Adı ve soyadı/Name and surname

Spor dalı/Sport

--	--

8. Sizin ve/veya ailenizin sigortalanacak bireylerinin daha önce şirketimizden ya da herhangi bir sigorta şirketinden ferdi veya grup sağlık sigortası poliçesi oldu mu?/Have you and/or any member of your family who are to be insured been recipients of an individual or group health insurance policy from our company or any other insurance company? Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/Name and surname

Sigorta şirketi/Insurance company

Dönemi (yıl olarak)/Period (in years)

--	--	--

RUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

III. KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDAKİ BİLGİLENDİRME VE BEYANLAR/INFORMING AND DECLARATIONS WITHIN THE SCOPE OF THE LAW ON PROTECTION OF PERSONAL DATA 1. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Aydınlatma Metni/Clarification Text of The Law on Protection of Personal Data

Anadolu Sigorta, veri sorumlusu sıfatıyla kişisel verilerin işlenmesi ve aktarımı süreçlerinde, verilerin hukuka aykırı olarak kullanılmasını önlemek, muhafazasını sağlamak ve mevzuat uyarınca uygun güvenlik düzeyini sağlamak için gerekli tüm tedbirleri almaktadır. Kişisel veriler, sigortacılıkta risk değerlendirmesi yapılması, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile sigorta işlemleri kapsamındaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve kişiye özel fırsatların geliştirilebilmesi için işlenmekte, Sigortacılık Kanunu ve diğer mevzuat hükümleri çerçevesinde yetkili acenteler, reasürörler, eksperler, asistans şirketleri, aktüerler, destek hizmet sağlayıcıları ve Kamu kurum ve kuruluşları ve sair ilgili kişi ve veya kurumlara aktarılabilir.

Kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkumiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel veridir. Özel nitelikli kişisel verilerden sağlık ve cinsel hayata ilişkin olanlar ancak onay verilmesi durumunda işlenebilmektedir. Sigorta kapsamına girecek veya giren kişilerin, bu verilerin işlenmesine onay vermesi halinde, risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilebilecek ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtlar SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılabilir.

Kişisel veriler işleme amacı dışında kullanılmamakta ve rıza yahut ilgili mevzuatta öngörülen bir diğer sebep olmaksızın 3. kişilere aktarılmamakta ve/veya ifşa edilmemektedir. Sigortacılık Kanunu ve diğer mevzuat hükümleri çerçevesinde ilgili kişi ve veya kurumlar, Kamu kurum ve kuruluşları ve yargı mercileri ile paylaşılması zorunlu olan bilgiler son cümleden muaftır. Kişisel bilgi sahibinin, kişisel verilerin işlenmesi ile ilgili vermiş olduğu her türlü onaydan tamamen veya kısmen feragat etme hakkı bulunmaktadır. Bunun dışında ayrıca, kişisel verilerin işlenip işlenmediğini; işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme, hangi kişisel verilerin işlendiğini; işleme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını; yurtiçinde veya yurtdışında bilgilerin üçüncü kişilere aktarılıp aktarılmadığını ve aktarıldı ise bu üçüncü kişileri ya da kişi kategorilerini öğrenmek; kişisel verilerin eksik veya yanlış olması halinde bunların düzeltilmesini; değişmesi halinde güncellenmesini; işlemeyi gerektiren sebeplerin ortadan kalkması halinde kişisel verilerin silinmesi ya da yok edilmesini; düzeltme/silme/yok etme işlemlerinin, kişisel verilerin aktarıldığı 3. kişilere bildirilmesini talep etmek; işlenen kişisel verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhe bir sonucun ortaya çıkması durumunda buna itiraz etme ve kişisel verilerin mevzuata aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğranılması halinde zararın giderilmesini talep etme hakkı, Sigortacı'nın mevzuattan ve İşbu Form'dan doğan hakları saklı kalmak üzere bulunmaktadır. Sigortacı'nın makul olmayacak düzeyde yinelenen, orantısız düzeyde teknik çaba gerektiren, başkalarının gizliliğini tehlikeye atan veya başka şekilde aşırı derecede zor olan istekleri reddetme hakkı saklıdır.

Konuyla ilgili detaylı bilgiye Anadolu Sigorta kurumsal web sitesinde yayımlanmış olan Kişisel Verilerin Korunması ve İşlenmesi Politikasından erişebilirsiniz.

Anadolu Sigorta as responsible of data, takes entire measures required to avoid unlawful utilization of the data, protect such and maintain proper security level in accordance with the legislation within the procedures of processing and transferring personal data. Personal data is processed in order to conduct risk assessment in insurance business, use the rights and perform the liabilities emerging from the insurance contract, make insurance transactions and make planning and statistical works within the scope of insurance transactions and develop customized opportunities and could be transferred to authorized agencies, reinsurers, experts, assistance companies, actuaries, support service suppliers and public institutions and organizations and the like relevant persons and/or institutions within the frame of Insurance Law and the provisions of the other legislations Data of the persons pertaining to their race, ethnic origin, political view, philosophical belief, religion, denomination or other beliefs, fashion and attire, membership in an association, foundation or syndicate, health, sexual life, penal conviction and security measures and their biometrical and genetical data are specific personal data. From among specific personal data the ones pertaining to health and sexual life could be processed only if a consent on such is given. In case the persons who are covered or shall be covered by insurance give consent to processing of such data, their health information, insurance records and other information could be obtained from Insurance Information & Monitoring Center (SBGM), Social Security Institution, Ministry of Health, health institutions and organizations and insurance companies in order to make risk assessment and conclude indemnity applications and aforementioned information and records which are in care of the company could be shared with SBGM, insurance companies and authorities which have been entitled by the relevant legislation.

Personal information shall not be used for any purpose other than processing and shall not be transferred and/or disclosed to third persons without consent or any other reason prescribed within the relevant legislation. The information which are compulsory to be shared with relevant persons and/ or institutions within the frame of the provisions of Insurance Law and other legislations, public institutions and organizations and judicial authorities have been exempted from the previous sentence. The proprietor of the personal information is entitled to wholly or partially waive from any kinds of consents which they have given pertaining to processing of personal data. Apart from that they are entitled to request information pertaining to whether the personal data have been processed, if such have been processed; to obtain information with regards to such processing; to learn the purpose of such processing and whether such data have been used fit for the purpose of use, whether such information have been transferred to third persons at

RUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

home or abroad and if such have been transferred; to learn about such third persons or category of such persons; to request such data be corrected in case they are incomplete or false; be updated in case they have changed; such personal information be deleted or eliminated in case the reasons which require them to be processed have disappeared; to request the processes of correction/deletion/elimination be notified to third persons to whom such personal information have been transferred; to raise objections in case an adverse consequence emerges by means of analyzing processed personal information exclusively through automatic systems and to claim indemnification in case of incurring damages due to processing of personal information in breach of the legislation; provided that the rights of the Insurer arising from the legislation and from the Form herein have been reserved. The right of the Insurer to reject the requests which have been repeated at an unreasonable level, which require technical effort at a non-proportional level, which risk the confidentiality of others or which are extremely hard in any other manner have been reserved. You may reach further information pertaining to the subject from the Policy on Protection and Processing of Personal Information which was publicized in the corporate web site of Anadolu Sigorta.

2. Kişisel Verilerin İşlenmesine İlişkin Açık Rıza Beyanı/Open Consent Declaration Pertaining To Processing of Personal Data

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü bilgi kişisel veri olarak tanımlanmaktadır. Anılan Kanun kapsamında kişisel verilerin işlenebilmesi için, bazı istisnai haller dışında, kişisel veri sahibinin açık rızası gerekmektedir.

Anadolu Sigorta, mevzuattan ve sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hukuki yükümlülüklerini yerine getirmek; kendisinin, sigortalı ile hak sahiplerinin haklarını kullanabilmelerini ve meşru menfaatlerini korumalarını teminen sigortalının/hak sahibinin kişisel verilerini elde etmek, değerlendirmek, iş ortakları ve hizmet aldığı 3. şahıslarla paylaşmak ve kanunların izin verdiği süre boyunca saklamak zorundadır. Kişisel veriler, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun amir hükümleri ile Anadolu Sigorta'nın kurumsal web sitesinde yer alan Kişisel Verilerin Korunması ve İşlenmesi Politikası'na uygun olarak sigortacılık faaliyetlerimizi yerine getirmek üzere işlenmektedir. Bu konuda tarafınıza Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 10. maddesi uyarınca bilgilendirme ve aydınlatmada bulunulmuştur.

Kişisel veriler, sigorta sözleşmesiyle üstlenilen yükümlülüklerin yerine getirebilmesi için iş ortaklarımıza, sözleşmeli avukatlarımıza ya da hizmet alınan firmalara aktarabilmektedir. İş ortaklarımız, sözleşmeli avukatlarımız ve hizmet sağlayan firmalar, sözleşmesel yükümlülükleri çerçevesinde bu bilgileri gizli tutmak ve başka herhangi bir amaçla kullanmamakla yükümlüdür.

Sağlıkla ilgili kişisel veriler, sigorta sözleşmesinin gereklerinin yerine getirilebilmesi amacıyla poliçe yapılması aşamasında sigortalı adayının sağlık durumu konusunda uzman görüşü veren kişi ve kuruluşlarla paylaşılmaktadır. Tazminat başvurularında ise, yurt içinde ya da yurt dışında yapılacak sağlık işlemini inceleyerek onay veren provizyon hizmet kuruluşlarıyla, ortak sigorta yapılması halinde iş ortağı olan sigorta şirketleriyle, özürsüzlük ve çalışma gücü kaybı seviyelerini içeren raporları değerlendiren ya da belirleyen kuruluşlarla, sağlık konusunda asistans hizmeti veren kuruluşlarla, vefat ve maluliyet söz konusu ise aktüeryal hesaplama yapmak üzere aktüerlerle paylaşılmaktadır.

Anadolu Sigorta kişisel verilerin işlenmesi süreçlerinde, verilerin gerek güvenli bir şekilde saklanması gerek hukuka aykırı olarak kullanılmasını önlemek için mevzuat uyarınca uygun güvenlik düzeyini sağlayan tedbirleri almaktadır.

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu çerçevesinde, veri sahibinin kişisel verilerin işlenmesi ile ilgili olarak her zaman veri sorumlusu olan Anadolu Sigorta'dan bilgi alma, verilerin işleme amacına uygun olarak işlenip işlenmediğini öğrenme, eksik/yanlış işleme durumunda düzeltme talep etme, verileri güncelleme, verilerin tamamen ya da kısmen silinmesini talep etme ve vermiş olduğum onayı tamamen veya kısmen geri alma hakkı bulunmaktadır. Yukarıda belirtilen sebeplerle Anadolu Sigorta tarafından bahsi geçen kapsamda şahsıma ve bağımlılarıma ait kişisel verilerin nasıl işleneceği konusunda tamamen bilgilendirilmiş olarak, bu kapsamda:

- Güncel ve geçmiş sağlık verileri ile ilgili her türlü bilgi ve belge kamu veya özel tüm sağlık hizmeti sunucularından elde edilebilecek,
- Kişisel veriler ve bunlara ilişkin belgeler Anadolu Sigorta veri kayıt sistemlerine kaydedilebilecek ve bu sistemlerde sınıflandırılarak mevzuatın öngördüğü süre boyunca saklanabilecek,
- Sigorta sözleşmesinin gereklerinin yerine getirileceği her aşamada, reasürans ve rücu işlemleri de dahil olmak üzere her işlemdede kullanılabilir,
- Risk kabul ve tazminat değerlendirmelerinin yapılması ile mevzuattan kaynaklanan yükümlülüklerle istinaden, fakat bunlarla sınırlı olmamak üzere, Anadolu Sigorta'nın altyapı sağlayıcıları, hizmet aldığı üçüncü kişiler, satış sonrası hizmetlerin gerçekleştirilmesi için anlaşmalı kurumlar, Anadolu Sigorta Acenteleri, Reasürans şirketleri, Anadolu Sigorta'nın da dahil olduğu Türkiye İş Bankası A.Ş. grubu iştirakleri, bankalar/finansman şirketleri, alacakların tahsili amacıyla tahsil alacak şirketleri, vekalet ilişkisi içerisinde bulunan gerçek ve tüzel kişiler, iş ortakları ve Hazine Müsteşarlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Masak gibi her türlü düzenleyici ve denetleyici kamu kurum ve kuruluşları ile yargı mercilerine aktarılması mümkün olabilecektir.

Pursuant to Law on Protection of Personal Data No.6698 any kind of information with regards to a real person whose identity is known or could be specified is referred to as personal data. In order for the personal data to be processed within the scope of said Law, open consent of the proprietor of the personal data is required other than some exceptional circumstances. Anadolu Sigorta in order to execute its legal liabilities arising from the legislation and insurance contract and for the purpose of enabling itself, the insured and the right-holders to use their rights and to protect their legal interests is obliged to obtain, assess, share with its business partners and

RUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

third persons from whom it receives services and to save the personal data of the insured/right-holder for the period allowed by the laws. Personal data is processed in order for us to perform our insurance activities in accordance with mandatory provisions of the Law on Protection of Personal Data and in accordance with the Policy on Protection and Processing of Personal Data which is publicized on corporate website of Anadolu Sigorta. On such issue your side has been informed and clarified pursuant to Article 10 of the Law on Protection of Personal Data.

In order to execute the liabilities which have been undertaken by the insurance contract, personal data could be transferred to our business partners, our contracted attorneys or to companies from which services are received. Our business partners, contracted attorneys and service rendering companies are obliged to keep confidential such information and not to use such for any other purposes within the frame of their contractual liabilities.

Personal data regarding health are being shared with persons and organizations providing expert's opinion on health condition of the insured candidate at the phase of policy issuing for the purpose of executing the requirements of the insurance policy. On the other hand in the event of indemnification applications such information is shared with provision service organizations examining and approving health transactions which are to be made at home or abroad; with business partner insurance companies in case of co-insurance; with institutions assessing or specifying the reports containing the levels of disability and work power loss; with institutions rendering assistance services on health issues; with actuaries in order for them to make actuarial counting in case demise and disability are in question.

In the course of procedures of personal data processing Anadolu Sigorta takes the measures which provide accurate security level in accordance with the legislation in order to both keep the data securely and prevent them from being utilized in breach of law.

Within the frame of the Law on Protection of Personal Data No.6698, the proprietor of data is entitled to receive information pertaining to processing of personal data any time from Anadolu Sigorta which is responsible from such data, learn whether such data have been processed in conformity with their purpose of processing, request correction in the event of deficient/wrong processing, demand updating and wholly or partially deletion of such data and withdraw wholly or partially the consent which has been already given. Based on the reasons stated above; Anadolu Sigorta shall be entitled to conduct the following activities with my side being fully informed about how personal data pertaining to me and my affiliates shall be processed within aforementioned scope:

- Any kind of information and documents pertaining to current and past health data could be obtained from entire public and private health service suppliers,
- Personal data and documents pertaining thereto could be saved in data recording systems of Anadolu Sigorta and after being classified within such systems could be kept for the period prescribed by the legislation,
- They shall be used in any transactions, at every phase where the requirements of the insurance contract shall be performed including reinsurance and recourse transactions,
- They could be transferred to infrastructure suppliers of Anadolu Sigorta, third persons rendering services thereto, contracted institutions providing post-sales services, Anadolu Sigorta Agencies, Reinsurance companies, subsidiaries of Türkiye İş Bankası A.Ş Group wherein Anadolu Sigorta is as well affiliated, banks/finance companies, collecting agencies incorporated for collecting receivables, real and legal persons wherewith a proxy relationship exists, business partners, and any kinds of regulatory and supervisory public institutions and organizations such as Undersecretariat of Treasury, Insurance Information and Monitoring Center, Masak and judicial authorities; based upon the reasons including but not limited to risk acceptance and indemnification assessments made and liabilities emerging from the legislation.

3. İletişim/Veri İşleme Faaliyetlerine İlişkin Açık Rıza Beyanı/ Open Consent Declaration Pertaining to the Activities of Communication/ Data Processing

Tarafımıza iletmiş olduğunuz kişisel verilerinizi, yalnızca toplandığı amaçla sınırlı ve ölçülü şekilde kullanmak şartıyla aşağıdaki metne onayınızı talep ediyoruz:

Her türlü ürün ve hizmetlere ilişkin profilinize en uygun ürün, teklif, uygulama, avantaj, çeşitli tanıtım, reklam, promosyon, satış ve pazarlamanın sunulması amacıyla, tarafınıza SMS/kısa mesaj, anlık bildirim, sosyal medya ve diğer online reklam ağları, otomatik arama, bilgisayar, telefon, e-posta/mail ve diğer elektronik iletişim araçları ile iletiler gönderilerek iletişime geçilmesi ve iş ortaklarımız aracılığıyla hizmet değerlendirme anketleri ve piyasa araştırmaları düzenlenmesi için paylaştığımız ve ileride paylaşacağımız iletişim bilgileriniz esas olmak üzere gerekli kişisel verileriniz şirketimizce saklanacak, işlenerek kullanılacak, gerekirse ilgili iş ortaklarımızla paylaşılacaktır.

İstedığınız her zaman ve hiçbir gerekçe göstermeksizin, gerek söz konusu mesajda, gerek elektronik iletilerimizde belirtilen işlemi (ret) yaparak veya online.anadolusigorta.com.tr adresindeki profil bilgileri bölümünden veya Sigortam Cepte Uygulaması üzerindeki müşteri bilgileri ekranından, ticari elektronik iletişim izniniz durdurabilirsiniz.

We hereby request your consent for the following text in order for us to use your personal data only for purposes of collection thereof which you have transferred to our company. For the purpose of offering your profile the most convenient product, proposal, opportunity, advantage, various presentation, advertisement, promotion, sales and marketing pertaining to any kinds of products and services, in order for us to contact your side through SMS/short message, push notification, social media and other online

RUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

advertisement networks, IVR (interactive voice response), computer, telephone, e-mail/mail and other electronic communication means and in order to conduct service assessment surveys and market researches through our business partners, based upon your contact information which you have disclosed and shall disclose in the future, your required personal data shall be saved, processed and used and if needed shall be shared with our business partners by our company.

You may cancel your commercial electronic communication permit any time you wish and without demonstrating any justifications both by declining the specified transaction in aforesaid message and in our electronic messages or by declining such from the profile information section at online. anadolusigorta.com.tr or from the client information screen on the Sigortam Cepte Application.

Beyanınıza dayanılarak düzenlenecek poliçenizdeki teminatların kapsamı, ihbar ve tazminat esasları hakkındaki ayrıntılı bilgiler, poliçenizle birlikte size verilecek olan Genel Şart, Özel şart ve Klozlarda yer almaktadır. Dilerseniz bu bilgileri poliçenizi düzenlettirmeden önce de acentenizden veya Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi bölge müdürlüklerinden edinebilirsiniz.

Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi'ni, sigorta ettiren sıfatıyla, sigortalımları için bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların verdiği temsil yetkisine, açıklama ve taahhütlerine dayanarak, sigortalımları için bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların sağlık durumları ve özgeçmişleri ile ilgili her türlü bilgi ve kayıt kopyalarını sağlık kuruluşlarından, doktorlardan ve üçüncü şahıslardan almaya yetkili kıldığımı; bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların sağlık durumları ve özgeçmişleri ile ilgili her türlü bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarını, doktorları ve üçüncü şahısları sigortalımların sağlık durumları hakkında bilgi vermeleri nedeniyle sorumlu tutmayacaklarını; ayrıca bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların sağlık bilgileri ile ilgili her türlü detayı Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi'nin Sigorta Bilgi Merkezi'ne ve süreç ile ilgili tüm 3. Şahıslara aktarmasını kabul ettiğimizi beyan ve tasdik ederim. Sigortalımları için bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların gerçekte yetki vermemiş olmaları veya açıklama ve taahhütleri aksine davranışları halinde, tüm sorumluluğun onlar adına sigorta ettiren sıfatıyla kendimde olduğunu kabul ettiğimi beyan ve tasdik ederim.

Başvuru sahibi olarak ayrıca, poliçe teminatının, benim veya sigortalımların herhangi birinin sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş oldukları veya varlığından haberdar oldukları rahatsızlıklardan ileri gelecek tetkik ve tedavi giderlerini kapsamadığını biliyorum ve kabul ediyorum.

Sigorta tazminatlarının, satın aldığım sağlık paketinin kapsam ve teminatları dahilinde ödeneceğini kabul ederim.

Bu formu doldurmamın Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi tarafından sigortalı olduğum(ız) anlamına gelmediğini, başvuru formunun kabul edilip, poliçenin düzenlenmesi ve prim tutarının ödenmesinden sonra sigorta teminatının yürürlüğe gireceğini kabul, beyan ve tasdik ederim. Aşağıda imzası bulunan başvuru sahibi olarak gerek benim, gerekse sigortalımlarımı 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.

Ayrıca bu soru formunda sağlık beyanı alanında kendim ve sigortalımların aile bireyleri için işaretlediğim soruların "Hayır" olarak işleme alınmasını kabul ediyorum.

Sigortalımların (18 yaş ve üzeri çocukların imzası gereklidir.)

The scope of the coverage of the policy to be drawn up on the basis of your statement, as well as the details regarding notification and damages payment principles are included in the General Terms and Conditions, Special Terms and Conditions, and Clauses to be provided to you along with the policy. You can also obtain such information from your agency or regional directorates of Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi, prior to the preparation of your policy.

I hereby declare and certify that I authorize Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi to obtain all kinds of information and copies of records regarding my health and biography, from medical institutions, doctors, and third parties; and that I shall not hold liable the medical institutions, doctors, and third parties to provide all kinds of information and copies of records regarding my health and biography for disclosing information regarding my health. As the applicant, I am aware and I accept that the policy coverage does not include diagnosis and treatment costs to arise out of the conditions I or any family member to be insured have been treated for prior to the commencement of the insurance, or were aware of.

I accept that the insurance indemnities shall be paid within the framework of the scope and coverage of the health package I purchase. I accept, declare and certify that filling out this form shall not be interpreted as actual insurance by Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi, and that the insurance coverage shall enter into effect after the application form is accepted, policy is drawn up, and premium is paid.

I the applicant with the signature below, hereby undertake that the information I have provided in this questionnaire and the health declaration with regards to both me, and the family members I intend to have insured is complete and accurate. I accept and declare in advance that the information/figures provided in the present questionnaire and health declaration are correct, complete, and accurate, and that in case of inaccurate representation I shall waive all my rights to arise out of the insurance contract.

Additionally, I accept the unanswered questions in the health statement field in this questionnaire for me and family members to be insured, to be processed as if they were answered as "no".

Persons to be insured (Children aged above 18 should sign the form.)

RUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

Adı ve Soyadı/ Name Surname	Sağlık Açık Rıza/Health Open Consent	İletişim/Veri İşleme Açık Rıza/ Communication/Data Processing Open Consent	Tarih/Date	İmza/Signature
Sigortalı/Sigorta ettiren/ Insured/Policy Owner: PERSONEL AD-SOYAD	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	___/___/___	İMZA
Eş/Spouse:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	___/___/___	
1. Çocuk/1st Child:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	___/___/___	
2. Çocuk/2nd Child:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	___/___/___	
3. Çocuk/3rd Child:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	___/___/___	
4. Çocuk/4th Child:	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	<input type="checkbox"/> Onay veriyorum/ I accept <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum/ I do not accept	___/___/___	

SİGORTA ETTİREN KISIMA PERSONEL AD SOYA 1