



Başvuru Onayı

Prim Ödemeden Muaf Olan (Tenzil) Poliçenin Sigortacı Tarafından Sonlandırılması: Poliçe'nin bir (1) yıllık süreyi doldurması ve bir (1) yıllık Prim'inin ödenmiş olması koşuluyla, Poliçe primlerinden herhangi birinin kararlaştırılan tahsilat tarihinde ödenmemesi durumunda prim ödenmesinden muaf (tenzil) sigorta haline gelen Aegon Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nce tanzim olunmuş yukarıda numarası belirtilen poliçemin, ödenmeyen ilk priminin vadesini 24 aylık süre geçmiş olması ve bu süre içerisinde poliçenin prim borcunun ödenmesi suretiyle yeniden yürürlüğe alınmaması halinde poliçemin hiçbir işlem yapılmaksızın ya da başvuruya gerek olmaksızın sona ereceğini kabul, beyan ve taahhüt ederim. (Yeniden yürürlük koşulları için bilgilendirme formunun ilgili bölümünü inceleyebilirsiniz.)

Aegon Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nce tanzim olunmuş yukarıda numarası belirtilen poliçenin, yine yukarıda belirtilen ilk dönem prim tutarı ile tüm diğer prim taksitlerinin yukarıda belirttiğim kredi kartı/kartları hesabıma borç kaydedilmesi için yetki veriyorum. Kartımın/kartlarımın yenilenmesi, iptal edilmesi, çalınması, kaybolması, değişmesi vs. nedenlerle kart numarası ve/veya son kullanma tarihinde meydana gelebilecek değişiklikleri bizzat Aegon Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ne bildirmekle yükümlü olduğumu kabul ederim. Kredi kartımın son kullanma tarihinin değişmesi halinde, tarih değişikliğine giderek kredi kartımdan çekim denemelerinin gerçekleştirmesi hususunda Aegon Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ne yetki verdiğimi beyan ederim. İş bu onay, sigorta poliçesi müddetince poliçe prim tutarındaki artırımlar ve kredi kartı numarasında/numaralarında olabilecek tüm değişiklikler için de geçerlidir.

Verdiğim bilgilerin incelenip kabul edilmesinden sonra poliçenin düzenleneceğini, gerek görülmesi halinde Şirketin yönlendireceği bir doktora sağlık muayenemi yaptıracağımı, Sigorta Şirketinin sigortayı akdetmek amacıyla sınırlı kalmak kaydıyla, hakkımda her türlü tıbbi araştırma gerçekleştirmesine ve tıbbi tetkikleri gerçekleştiren kurumların sonuçları paylaşmasına onay verdiğimi, ilgili tetkik sonuçlarının tarafıma verilmesini talep etmeyeceğimi, bu kapsamda tıp hukukundan kaynaklanan hasta gizlilik haklarımdan feragat ettiğimi, bu başvuru formunda aşağıda yer alan başlıklarda verdiğim cevapların tamamen doğru olduğunu tarafımdan doldurulmuş olan bu başvuru formu ile Şirketin bir taahhüt altına girmedikçe, yanlış veya eksik beyanda bulunduğum tespit edildiği takdirde ortaya çıkacak anlaşmazlıklarda Şirketin herhangi bir sorumluluk altına girmedikçe ve girmeyeceğini, verdiğim bilgilerin Aegon Emeklilik ve Hayat A.Ş. tarafından incelenip kabul edilmesinden sonra poliçenin tanzim olunacağını, bu poliçenin gerçek faydalanıcısının tarafım olduğunu ve başkası hesabına hareket etmediğimi beyan, kabul ve taahhüt ederim.

Suç Gelirlerinin Aklanmasının ve Terörün Finansmanının Önlenmesine Dair Mevzuat uyarınca, Aegon Emeklilik ve Hayat A.Ş. personeli ve/veya Aegon Emeklilik ve Hayat A.Ş. Acentesi personelinin, tarafımla, hayat sigorta poliçesi başvuru formu doldurma görüşmesini adresimde gerçekleştirdiğini beyan, kabul ve taahhüt ederim. İş bu beyan metni MASAK'ın B.07.0.MSK.Ü-10-010.03.02/2772 Sayılı yazısı uyarınca "Adres Teyidi" olarak kullanılabilecektir.



Sigorta Ettiren Açık Rıza Beyan Metni

Kişisel verilerimin ilgili sigorta tekliflerinin/poliçelerinin yürürlük tarihi süresince ve Sigortacılık mevzuatı ve sair mevzuatta öngörülen saklama süreleri boyunca yazılı veya elektronik ortamda muhafaza edilebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.

Sağlıkla ilgili sorulara verdiğim cevapların ve sağlık verilerimin özel nitelikli kişisel veri olduğunu, ve bu verilerin Kişisel verilerimin Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 4. Maddesinde belirtilen genel ilkeler uyarınca işleneceğini biliyor ve açık rızam ile kabul ediyorum.

Kişisel verilerimin yukarıda belirtilen amaçlarla, denetleyici ve düzenleyici makamlar ve ilgili kamu kuruluşları ile; Şirket'in sigortaya aracılık eden dağıtım kanalı, hissedarları, doğrudan / dolaylı yurtiçi / yurtdışı iştirakleri, sermayedarları, reasürörleri, hizmet alınan, işbirliği yapılan kişi ve kuruluşlar ile destek hizmeti sağlayıcıları, anlaşmalı sağlık kuruluşları, brokerler, diğer sigorta şirketlerine ve sigorta sözleşmesini yaptıran Sigorta Ettiren / Sigorta Ettiren yetkilisine aktarılabilirliğini ve bunlarla paylaşılabileceğini biliyor ve açık rızam ile kabul ediyorum.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca, kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenme, işlenmişse bilgi talep etme, işlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, yurt içinde / yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri bilme, eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda sayılan istisnai haller saklı kalmak üzere Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 7'nci maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini / yok edilmesini isteme, aktarıldığı üçüncü kişilere yukarıda sayılan işlemlerin bildirilmesini isteme, münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhime bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme, kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına, Sigortacı'nın mevzuattan ve bu formdan doğan hakları saklı kalmak üzere, sahip olduğum konularında bilgilendiğimi beyan derim. 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 saklı olduğunu biliyor ve kabul ediyorum.

Sözleşmenin yapılmasından sonra paylaşılan veriler ile ilgili herhangi bir değişiklik olması halinde, verilerin güncel ve doğru hali sigorta ettiren tarafından Sigortacı ile paylaşılacaktır.



SİGORTA ETTİREN

Ad Soyad:

Tarih:



Başvuru Onayı

"Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" kapsamında verilerimin işlenebileceğini, kullanılabileceğini, aktarılabilceğini ve bu konuda bilgilendirildiğimi, "Elektronik Ticaretin Düzenlenmesi Hakkında Kanun" ve "Sigortacılık Kapsamında Değerlendirilecek Faaliyetlere, Tüketici Lehine Yapılan Sigorta Sözleşmeleri ile Mesafeli Akdedilen Sigorta Sözleşmelerine ilişkin Yönetmelik" uyarınca, ticari elektronik ileti gönderimi başta olmak üzere, Aegon Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye yetki ve açık rıza verdiğimi, ayrıca ilgili mevzuatlarda düzenlenmiş olan tüm yükümlölüklerin Aegon Emeklilik ve Hayat A.Ş. tarafından yerine getirildiğini beyan, kabul ve taahhüt ederim.



SİGORTA ETTİREN

Ad Soyad:

Tarih: