

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

ACENTE KODU:	ACENTE UNVANI:	BAŞVURU NO:	
ELEMAN KODU:			
SİGORTA ETTİRENİN			
ADI SOYADI:	BABA ADI:	ANNE ADI:	
DOĞUM TARİHİ:/...../.....	DOĞUM YERİ:	CİNSİYETİ:	
T.C.KİMLİK/VERGİ NO:	UYRUK:	MESLEK:	
İLETİŞİM BİLGİLERİ			
ADRES:			
İLÇE:	İL:	POSTA KODU:	E-POSTA:
GSM:	EV TEL:	İŞ TEL:	FAKS:
SİGORTALI ADAYI (Sigortalı adayı ile sigorta ettiren farklı ise doldurulacaktır.)			
ADI SOYADI:	BABA ADI:	ANNE ADI:	
DOĞUM TARİHİ:/...../.....	DOĞUM YERİ:	CİNSİYETİ:	
T.C. KİMLİK NO:	UYRUK:	MESLEK:	
İLETİŞİM BİLGİLERİ			
ADRES:			
İLÇE:	İL:	POSTA KODU:	E-POSTA:
GSM:	EV TEL:	İŞ TEL:	FAKS:
MENFAATTARLAR			
ADI SOYADI:	YAKINLIK DERECESESİ:	T.C. KİMLİK NO:	GSM:
ADI SOYADI:	YAKINLIK DERECESESİ:	T.C. KİMLİK NO:	GSM:
SİGORTANIN			
BAŞLANGIÇ TARİHİ:...../...../.....	SİGORTA SÜRESİ: YIL	SİGORTA TEMİNATI	
BİTİŞ TARİHİ :...../...../.....	TEMİNAT: SABİT <input type="checkbox"/> AZALAN <input type="checkbox"/>	VEFAT TEMİNATI:.....	
PRİM ÖDEME ŞEKLİ: TEK PRİMLİ <input type="checkbox"/> AYLIK <input type="checkbox"/> 3 AYLIK <input type="checkbox"/> 6 AYLIK <input type="checkbox"/> YILLIK <input type="checkbox"/>	TOPLAM PRİM:.....		
TAKSİTLİ <input type="checkbox"/> AYLIK <input type="checkbox"/> 3 AYLIK <input type="checkbox"/> AYLIK <input type="checkbox"/> YILLIK <input type="checkbox"/>			
PARA BİRİMİ: TL. <input type="checkbox"/> USD. <input type="checkbox"/> EUR. <input type="checkbox"/>			
ÖDEME YERİ: HAVALE <input type="checkbox"/> KREDİ KARTI <input type="checkbox"/> NAKİT <input type="checkbox"/>			
MESLEK GRUBU: 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>			
KREDİ KARTI BİLGİLERİ			
KART SAHİBİNİN ADI SOYADI:	Aşağıda bilgileri yer alan kredi kartının mail order sistemine alınmasını ve prim ödemelerimin vadesinde kredi kartımdan tahsil edilmesini gayri kabili rücu olarak kabul ederim.		
KREDİ KART NUMARASI:	S. TARİHİ:	CW:	
AÇIKLAMA:			
<p>* Başvuru Formu'nda verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu, her türlü gerçeğe aykırı beyan durumunda Hayat Sigortaları Genel Şartları C bölümleri hükümleri uyarınca sigortadan doğan haklarımı talep etmeyeceğimi,</p> <p>* Gerek görülmesi halinde MAPFRE YAŞAM SİGORTA A.Ş.'nin yönlendireceği bir doktora muayenemi yaptıracağımı ve tarafımdan istenen tıbbi tetkikleri temin edeceğimi,</p> <p>* Check up yapıldıktan sonra, poliçe yaptırmaktan vazgeçtiğim takdirde check up ücretinin tarafımdan ödeneceğini,</p> <p>* Poliçenin Başvuru Formu'ndaki bilgilerimin MAPFRE YAŞAM SİGORTA A.Ş. tarafından kabulü ve ilk sigorta priminin ödenmesinden sonra yürürlüğe gireceğini,</p> <p>* Sigorta ettirenin sigorta ücretinin veya taksitlere bağlanmış olduğu takdirde herhangi bir taksidinin vadesinde ödenmemesi durumunda Hayat Sigortası Genel Şartları Hükümlerinin uygulanacağını, yukarıda belirtilen konuları kabul ve beyan ederim.</p> <p>Hayat Sigortası Genel Şartları, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları ve Hayat Sigortası ürün özel şartları maddeleri ve içeriği konusunda ayrıntılı bilgilendirilmiş bulunmaktayım. Ayrıca MAPFRE YAŞAM SİGORTA A.Ş. tarafından adresime CD halinde Hayat Sigortası Genel Şartları, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları ve Hayat Sigortası ürün özel şartları'nı iletmesini onaylıyorum. İşbu CD yi almış olmakla Hayat Sigortası Genel Şartları, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları ve Hayat Sigortası ürün özel şartlarını tebellüğü etmiş olacağımı, her türlü hukuki ihtilafta bu hususlarda geçerli olmak üzere tam bilgilendirildiğimi şimdiden kabul ve beyan ederim.</p>			
SİGORTA ETTİREN ADI SOYADI İMZA	SİGORTALI ADI SOYADI İMZA	KART SAHİBİNİN ADI SOYADI İMZA	ACENTE ADI SOYADI İMZA

SİGORTALININ SAĞLIK BEYANI (Lütfen tüm soruları eksiksiz cevaplayınız. Sorular ile ilgili ayrıntıları açıklama bölümünde belirtiniz.)

Genel Bilgiler

Adınız soyadınız:

Doğum tarihiniz ve yeri:

Cinsiyet:

Mesleğiniz:

Boyunuz ve kilonuz:

Bel ölçünüz:

Sigara kullanımı: Yok Evet Adet GünAlkol kullanımı: Yok Evet Tüketim miktarı Kadeh/haftaAskerlik yaptınız mı? Yok Evet Yapmadıysanız nedeni?

Hobileriniz:

Aşağıda belirtilen hastalıklarınızı geçirdiniz mi veya bunlarla ilgili bir rahatsızlığınız var mı? (Yanıtı evet olan sorular için açıklama detaylı yazmanızı önemle rica ederiz.)

Hipertansiyon, kalp ve damar sistemi hastalıkları, periferik damar sistemi hastalıkları Yok Evet

Hastalığın türü:..... Teşhis tarihi:..... Kullanılan ilaçlar:..... Arterial gerilim:.....

Şeker hastalıkları/diyabet Yok Evet

Hastalık türü diyabet ise tip I veya tip II:..... Teşhis tarihi:..... Kullanılan ilaçlar:.....

Kan şekeri ve glikozillenmiş hemoglobin ölçümleri:.....

Kan, kan yapıcı organ hastalıkları var mı? (anemiler, pıhtılaşma bozukları, vb.) Yok Evet

Hastalığın türü:..... Teşhis tarihi:..... Kullanılan ilaçlar:.....

Astım, alerji, akciğer hastalıkları ile ilgili tanı konuldu mu veya tedavi görüldü mü? Yok Evet

Hastalığın türü:..... Teşhis tarihi:..... Kullanılan ilaçlar:.....

Sinir sistemi hastalıkları (migren, epilepsi, felç, multiple skleroz vb.), psikolojik hastalıklar Yok Evet

Hastalığın türü:..... Teşhis tarihi:..... Kullanılan ilaçlar:.....

Karaciğer, safra kesesi, pankreas, mide, bağırsak hastalıkları Yok Evet

Hastalığın türü:..... Teşhis tarihi:..... Kullanılan ilaçlar:.....

Böbrek ve idrar yolları, genital organlar (prostat, rahim, yumurtalık) hastalıkları Yok Evet

Hastalığın türü:..... Teşhis tarihi:..... Kullanılan ilaçlar:.....

Eklemler, kemik, kas, deri hastalıkları veya omurga-disk/vertebra hastalıkları (boyun, bel, omurga fitikleri dahil) Yok Evet

Hastalığın türü:..... Teşhis tarihi:..... Kullanılan ilaçlar:.....

Gözü, kulak, burun, boğaz hastalıkları? Yok Evet

Hastalığın türü:..... Teşhis tarihi:..... Kullanılan ilaçlar:.....

Yukarıda belirtilenler dışında herhangi bir rahatsızlık veya hastalık mevcut mu ya da geçirildi mi? Yok Evet

Hastalığın türü:..... Teşhis tarihi:..... Kullanılan ilaçlar:.....

Herhangi bir nedenle (hastalık, kaza vb.) ameliyatlı veya ameliyatsız, hastanede yatarak veya ayakta tedavi gördünüz mü? Yok Evet

Hastalığın türü ve sebebi? (kaza ve/veya hastanede yatarak):..... Ne zaman Kullanılan ilaçlar:.....

Ameliyat geçirdiniz mi? Tümör, ur, kist aldırdınız mı? Yok Evet

Hastalığın türü:..... Teşhis tarihi:..... Kullanılan ilaçlar:.....

Mevcut kullandığınız ilaçlar var mı? Yok Evet

Kullanılan ilaç veya ilaçlar?:..... İlaç veya ilaçların kullanım sebebi?:.....

Eğer bildirilmemiş bir hastalık varsa lütfen detaylı bir şekilde belirtiniz.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Torun Center, Fulya Mah. Büyükdere Cad. No: 74/D-109 Şişli/İstanbul

T: 0850 755 0 755 F: 0212 334 62 60 info@mapfre.com.tr www.mapfre.com.tr/yasam

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, sigorta ettirene ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, gerek yapılacak sigorta sözleşmesinin müzakeresi sırasında gerekse sigortanın devamı sırasındaki hakları, yükümlülükleri, sözleşmenin konusu, işleyişi ve önemli nitelikteki bazı değişiklik ve gelişmeler konusunda genel bilgi vermek amacıyla 28/10/2007 tarihinin yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER:

1. Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin:

Ticaret Unvanı/Adı Soyadı:

Partajı:

Adresi:

Tel&Faks No.:

Satış Temsilcisi Adı Soyadı:

2. Teminatı veren Sigortacının:

Ticaret Unvanı: MAPFRE YAŞAM SİGORTA A.Ş.

Adresi: Torun Center, Fulya Mah. Büyükdere Cad. Kat: 27 No: 74/D Şişli/İstanbul

Tel&Faks No: 0850 755 0 755 / 0212 334 62 60

Web adresi: info@mapfre.com.tr www.mapfre.com.tr/yasam

B. TEMİNATLAR

1. Hayat Sigortası, bir kimsenin ölme veya hayatta kalma ihtimaline karşı yapılır.

a. Ölme ihtimali: Sözleşmede gösterilen süre veya sözleşmede ve genel şartlarda belirlenmiş şart ve haller içinde sigortalının ölümünü ifade eder.

i. Sözleşme süresi içinde ölüm: Sözleşmede gösterilen süre içinde sigortalı ölürse sigortacı tazminatı öder.

ii. Kaydıhayat şartı: Sözleşme süresi sigortalının yaşam süresi olup teminat sigortalının hayatı boyunca devam eder. Sigortalının ölümü halinde tazminat ödenir. Birikimsiz Hayat Sigortaları, süresi en az bir yıl olup, yaşam kaybı (ölüm) ihtimaline karşı yapılır. Sigortalının sigorta süresi içinde vefatı halinde önceden tayin edilmiş menfaatlarına veya menfaattar tayin edilmemiş ise kanuni varislerine, başlangıçta tespit edilen veya zeyilname ile polİçe yılı içinde değiştirilen vefat kapitali, vefat tazminatı olarak ödenir.

iii. Teminat tipi "Azalan" seçildiğinde, sigorta süresi ve poliçede yazılan yıllık teminat tutarı çarpımı ile sözleşme kurulması esnasında hesaplanan sigorta teminatı, her yıl sözleşmede geçen süre ve yıllık teminat tutarı kadar azalacaktır. Sigortalının, sigorta süresi içinde yaşamını kaybetmesi halinde, sözleşmede yazılı olan yıllık teminat tutarının kalan sigorta süresi kadar çarpımı ile hesaplanacak vefat tazminatı, lehdar/lehdarlara, belirlenmemişse Kanuni Varislerine ödenir.

C. İSTİSNALAR

Teminat dışında kalan durumlar için Hayat Sigortaları Genel Şartları ve ek teminatı verilen Ferdi Kazanım Sigortası Genel Şartlarına bakınız.

D. GENEL BİLGİLER

1. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi için lütfen Hayat Sigortası Özel ve Genel Şartları Kitapçığı'nı dikkatlice okuyunuz. Başvuru ve müzakeresi sırasında lütfen Hayat Sigortası Genel Şartları Kitapçığı'nı ve Kullanım Kılavuzunu talep halinde talep edebilirsiniz.

2. Sigorta ödeyebileceği tazminat sözleşme kurulması sırasında, ilke olarak, herhangi bir değerlendirilme tabii olmaksızın risk kabul ve teminat süresince yaşamını dahilinde tarafların seçtiği şartları belirler.

3. Sözleşme kurulmadan önce gerek sigorta ettirene gerekse sigorta temsilcisi teklifnamede yer alan sorulara doğru cevap vermek zorundadır. Teklifnamede belirtilmiş olsa bile kendisi bilinen sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarda yapmasını gerektirecek halleri bildirmekle yükümlüdür. Sigortanın devamı sırasında sigortacının izni olmadan rizikoya etki edebilecek hususlarda meydana gelen değişiklikler sekiz gün içinde sigortacıya bildirilmesi gerekmektedir. Bu yükümlülüğün ihlali halinde sigortacının sözleşmeden çekilmesi için prim almak suretiyle sözleşmeye devam etme hakları saklıdır. Bu nedenle sözleşmenin her aşamasında sigortacıya eksik veya yanlış bilgi vermekten kaçınınız.

4. Aynı veya farklı sigorta şirketlerine aynı veya değişik bedeller üzerinden sigorta yaptırılabilir. Bu durumda her bir sigorta şirketinin her bir sigorta için tazminat ödeme borcu birbirinden bağımsızdır.

5. Dövizde endeksli poliçelerde prim tahsilatı ve tazminat ödemeleri T.C Merkez Bankası efektif satış kuru üzerinden yapılmaktadır.

6. Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksitinin, poliçenin tesliminde ödemesi gerekir, ilk prim ödenmeden rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigortacının sorumluluğu başlamaz.

7. Sözleşme süresi içerisinde, sigorta ettirenin talebi ile prim/sigorta teminat bedelleri sigorta şirketinin yapacağı teknik değerlendirme sonucuna göre artırılabilir.

8. Sigorta ettiren ilk primi ödeme şartıyla, poliçe başlangıç tarihinden itibaren diğer vadelere ait primlerini ödemezse Hayat Sigortaları Genel Şartları C.1 Hükümü uygulanır.

9. Sigorta sözleşmesinin yapılmasına ilişkin teklif, sigorta şirketine ulaştığı andan itibaren 30 gün içinde ret edilmemişse sözleşme kurulmuş olur. Teklif verilmesi sırasında alınan para, sözleşme kurulmuşsa ilk prim olarak kabul edilir ya da ilk prime mahsup edilir. Teklif reddedilmişse ödenen para iade edilir.

10. İleride doğabilecek birtakım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.

11. Hayat sigortası için ödenen primler vergi matrahından düşülebilmektedir. Bu konuda sigorta şirketine danışılması gerekmektedir.

12. Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de baslar ve öğleyin saat 12.00'de ve her halükarda rizikonun gerçekleşmesiyle sona erer.

13. Sistemimizde mevcut olan kimlik, adres, telefon vb. bilgilerinizin değişmesi halinde size daha rahat ulaşabilmemiz için lütfen **musterihizmetleri@mapfre.com.tr** adresine ya da **0 212 334 62 60** no'lu faksımıza bildirin.

14. 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 şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

Torun Center, Fulya Mah. Büyükdere Cad. No: 74/D-109 Şişli/İstanbul

T: 0850 755 0 755 F: 0212 334 62 60 info@mapfre.com.tr www.mapfre.com.tr/yasam

15. 5549 Sayılı Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi Hakkında Kanun gereğince, sigorta şirketleri ve sigorta acenteleri, kimlik tespiti gerektiren işlemlerde, işlem yapılmadan önce, işlem yapanlar ile nam veya hesaplarına işlem yapılanların kimliklerini tespit etmek zorundadır. Ayrıca, kendi adına ve fakat başkası hesabına hareket edenler bir başkası hesabına hareket ettiğini yazılı olarak beyan etmek zorundadır. Bu durumda işlemi talep edenin kimliği ve yetki durumu ile hesabına hareket edilenin kimliği de tespit edilir.

E. ÖDEMENİN YAPILMASI

- Hak sahipleri, poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için, ilgili belgeleri sigortacıya vermekle yükümlüdür. Tazminat ödemelerinde istenen evrak, poliçede alınan teminatlara göre oluşacak tazminat taleplerinde farklılık göstermektedir. Lütfen gerekli olan evrakları öğrenmek için sigorta şirketinden bilgi isteyiniz.
- Tazminat talepleri için gerekli olan belgelerin aslının veya noterden "Aslı gibidir" onaylı suretlerinin sigortacıya verilmesi zorunludur.
- Sigortadan faydalanan kimse sigortalıyı öldürür veya öldürülmesine suç ortaklığı ederse sigorta tazminatını alamaz, ancak sigorta tazminatı sigortalının mirasçılarına ödenir.
- En az 3 yıl aralıksız yenilenen bir sigortada, sigortalı intihar ya da buna teşebbüs sonucu ölürse, sigortacı sigorta bedelini lehdar veya belirtilmemişse kanuni mirasçılara öder.
- Sözleşmede birden fazla lehdar [sigortadan faydalanan kişi] tayini mümkündür. Lehdarların her biri için ayrı ayrı hisse belirlenmemişse, hepsi eşit oranda pay sahibidir. Mirasçı dışındaki kimseler de lehdar olarak gösterilebilir.
- Rizikonun gerçekleşmesi durumunda 5 iş günü içinde, gerekli bilgi ve belgelerle birlikte ön sayfada adres ve telefonları yer alan sigorta şirketine bilgi verilir.
- Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme yükümlülüğü sigorta şirketine aittir.

F. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ:

Gerek sigorta sözleşmesinin müzakeresi ve kurulması sırasında gerekse sözleşmenin geçerli olduğu süre içinde sigortayla ilgili teknik konularda, yapılacak veya yapılmış sigortacılık işlemlerinin özellikleri ve sözleşmeye konu sigorta teminatı ile sigortanın işleyişi ile ilgili tarafınıza sözlü olarak verilen bilgiler yanında sigortaya ilişkin bilgi talebi ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunabilirsiniz. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 iş günü içinde talepleri cevaplamak zorundadır.

Adres: MAPFRE YAŞAM SİGORTA A.Ş.
Torun Center, Fulya Mah. Büyükdere Cad.
Kat: 27 No: 74/D Şişli/İstanbul
Telefon: 0850 755 0 755
Faks : 0 212 334 62 60
e-mail : musterihizmi@mapfre.com.tr
e-mail : bilgi@mapfre.com.tr

Sigorta Ettiren veya

Adı Soyadı :
T.C. Kimlik No :
Telefon :
E-mail :
Tarih :
İmza :

Sigortalı Aday

Adı Soyadı :
Tarih :
İmza :

Sigortacı veya Acentenin

Adı Soyadı :
Tarih :
İmza :

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

MAPFRE KİŞİSEL VERİ GİZLİLİĞİ MUVAFAKATNAMESİ

MAPFRE YAŞAM SİGORTA A.Ş. ("MAPFRE") müşterilerimize ait kişisel verilerin gizliliğini sağlamak amacıyla aşağıda belirtilen kuralları benimsemiştir. Bu kapsamda, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("KVKK") ve Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik ("Yönetmelik") hakkında tarafınızı bilgilendirmek ve onayınızı almak isteriz.

MAPFRE YAŞAM SİGORTA A.Ş.
Torun Center, Fulya Mahallesi, Büyükdere Cad. No:74/D Kat 27, Şişli/İstanbul
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü- Sicil No: 383726
<https://www.mapfre.com.tr/yasam-tr/>
Tel: 0212 334 90 00

1) Aydınlatma Yükümlülüğü

MAPFRE ile paylaşılan kişisel veriler, MAPFRE'nin gözetimi ve kontrolü altındadır. MAPFRE, yürürlükteki ilgili mevzuat hükümleri gereğince kişisel bilginin gizliliğinin ve bütünlüğünün korunması amacıyla gerekli organizasyonu kurmak ve teknik önlemleri almak ve uyarlamak konusunda veri sorumlusu sıfatıyla sorumluluğu üstlenmiştir.

Bu kapsamda, üçüncü kişilere veri aktarımı sırasında meydana gelebilecek hak ihallerini önlemek için gerekli teknik ve hukuki önlemler alınmaktadır. Ancak kişisel verileri alan üçüncü kişinin veri koruma politikalarından dolayı MAPFRE sorumlu olmayacağını beyan eder.

2) Kişisel Verilerin Toplanması ve Yasal Dayanağı

Müşterilerimizin kişisel verilerinin kullanılması konusunda çeşitli kanunlarda düzenlemeler bulunmaktadır. En başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ve KVKK ile kişisel verilerin işlenmesinin ve aktarımının esasları belirtilmektedir. Ayrıca 5684 sayılı Sigortacılar Kanunu ile kişisel verilerin korunmasına ilişkin önemli bazı hükümler öngörülmektedir. 2017 Sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleriyle de kişisel verilerin korunması için bazı hallerde cezai yaptırımlar öngörülmektedir. Diğer yandan, Sigorta Acenteleri Yönetmeliği ve Bilgi ve İletişim Teknolojileri Yönetmeliği sigortacılık alanındaki diğer yasal düzenlemeler, sigortacılık faaliyetlerinin yürütülmesi için kişisel verilerin toplanmasına ve kullanılmasına izin veren bazı düzenlemeler getirmektedir.

3) Kişisel Verilerin Toplanma Yöntemleri

Kişisel verileriniz, Genel Müdürlük, Bölge Müdürlükleri, acenteler, brokerler, çağrı merkezi, anlaşmalı sağlık kuruluşları gibi kanallar ile temasa geçen yahut elektronik ortamda işlem yapan müşterilerimizin verdikleri veriler, grup sigortası müşterilerimizin çalışanları ile ilgili ilettikleri veriler, müşterilerimizin rızaları ve mevzuat hükümleri uyarınca işlenmektedir.

4) Kişisel Verilerin Kullanıldığı Alanlar

Veri sorumlusu sıfatı ile MAPFRE kişisel bilgilerinizi kaydedecek, saklayacak, sigortacılık hizmetlerini devam ettirebilmek için güncelleyecek, sigortacılık faaliyetlerini yürütebilmek için işbirliği yaptığımız kurum ve kuruluşlarla, yurtiçi/yurtdışı reasürans şirketleriyle, verilerin bulut ortamında saklanması hizmeti aldığımız yurtiçi/yurtdışı kişi ve kurumlarla, müşterilerimize gönderdiğimiz ticari elektronik iletilerin iletilmesi konusunda anlaşmalı olduğumuz yurtiçi/yurtdışı kurumlarla, bankalararası kart merkeziyle, anlaşmalı olduğumuz bankalarla, mevzuatın izin verdiği durumlarda ve sizlere daha iyi hizmet sunabilmek, müşteri memnuniyetini ve müşteri sadakatini sağlayabilmek için çeşitli pazarlama faaliyetleri kapsamında MAPFRE Grubu (MAPFRE S.A.'yı ve/veya bağlı kuruluşlarını, iştiraklerini, ortak teşebbüslerini ve bunların tüm şubeleri ile ofislerini ve çağrı merkezi hizmeti aldığımız Tur Assist Yardım ve Servis Ltd. Şti.'yi ifade eder) dahil yine yurt içinde ve dışında bulunan üçüncü kişi konumundaki anlaşmalı kuruluşlar ve iş ortakları ile paylaşabilecek, sınıflandırabilecek ve KVKK ve Yönetmelik'te belirtilen şekilde işleyebilecektir. Müşterilerimize ait kişisel verilerin üçüncü kişiler ile paylaşımı, müşterilerin izni çerçevesinde gerçekleşmekte ve kural olarak müşterimizin onayı veya mevzuatın gereği olmaksızın kişisel verileri üçüncü kişilere aktarılmamaktadır.

Bununla birlikte, yasal yükümlülüklerimiz kapsamında ve bunlarla sınırlı olmak üzere mahkemeler ve kamu kurumlarıyla kişisel veriler paylaşılmaktadır. Ayrıca, taahhüt ettiğimiz hizmetleri sağlayabilmek ve verilen hizmetlerin kalite kontrolünü yapabilmek için anlaşmalı üçüncü kişilere kişisel veri aktarımı yapılmaktadır.

Torun Center, Fulya Mah. Büyükdere Cad. No: 74/D-109 Şişli/İstanbul
T: 0850 755 0 755 F: 0212 334 62 60 info@mapfre.com.tr www.mapfre.com.tr/yasam

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

Kişisel verileriniz şu amaçlarla kullanılmaktadır:

- İşlem yapanın/yaptırmanın kimlik bilgilerini teyit etmek,
- İletişim için adres ve diğer gerekli bilgileri kaydetmek,
- Sigorta sözleşmenizin koşulları veya güncel durumu ile ilgili hususlarda müşterilerimiz ile iletişime geçmek,
- Sözleşmenizde gerçekleşen değişiklikler hakkında müşterilerimizi bilgilendirebilmek,
- Elektronik (internet / mobil vs.) veya kağıt ortamında işleme dayanak olacak tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek,
- Sigorta sözleşmesi uyarınca üstlenilen yükümlülükleri yerine getirebilmek,
- Çalışanlarına sağlık sigortası yaptıran kuruluşlara çalışanlarının sigorta kullanım bilgilerini iletebilmek,
- Açık rızası bulunan müşterilerimize özel kampanya ve diğer faydaların sunulması, her türlü ticari elektronik ve yazılı ileti gönderilebilmesi, elde edilen veriler doğrultusunda müşteri segmentasyonu yapmak, anket ve tele satış uygulamaları ile veri madenciliği ve diğer istatistiksel analizleri gerçekleştirmek, müşteri veri kalitesini iyileştirmek, müşteri yönetimine yönelik sadakat aksiyonları ile çapraz satış ve kaybedilen müşteriyi tekrar kazanma aksiyonları tasarlamak ve yönetimini gerçekleştirmek ve müşterilerimizin bilgileri (demografik, özlük, alışveriş, ziyaret, teklif, anket cevapları, sosyal medyada var olan bilgileri, sitelerde gezinme, mobil uygulamalardaki hareket ve konum bilgileri ve burada belirtilenle sınırlı olmaksızın tüm kanallar aracılığıyla toplanacak diğer bilgileri) kullanılarak ürün ve hizmetlerimizle ilgili fayda ve satış teklifleri sunmak için müşterilerimizle telefon, kısa mesaj, multi mesaj (MMS), e-posta, mektup, faks, çerezler aracılığıyla web sayfalarında gösterilen mesajlar, mobil uygulamalardaki konum bilgisi ve gönderilen anlık bildirimler ve otomatik arama makineleri gibi her türlü araç ile iletişime geçebilmek,
- Anlaşmalı hastanelerimiz, tamirhanelerimiz, eksperlerimiz ve diğer anlaşmalı kişilerimiz ve kurumlarımız, acentelerimiz, brokerler ve diğer çözüm ortaklarımız tarafından müşterilerimize önerilen hizmetlerle ilgili müşterilerimizi bilgilendirebilmek ve sigorta sözleşmesinin ifasından kaynaklanan diğer hizmetleri sunabilmek
- Ürün ve hizmetlerimiz ile ilgili müşteri şikayet ve önerilerini değerlendirebilmek,
- KVKK'dan doğan yükümlülüklerimizi yerine getirebilmek ve mevzuattan doğan haklarımızı kullanabilmek

5) KVKK'nın 11. maddesi uyarınca müşterilerimizin hakları

KVKK uyarınca müşterilerimiz kişisel verilerinin; a) işlenip işlenmediğini öğrenme, b) işlenmişse hangi talep üzerine, c) işlenmesi amacıyla ve amaç için uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, ç) yanlışta/yurt dışına taşınmadığı 3. kişilere bilme, d) elektronik/yazılı işlenmişse düzeltilmesini isteme, e) Kanunun 7. maddesinde görülebilen çerçevede silinmesini / yok edilmesini isteme, f) aktarıldığı 3. kişilere yükümlüde sağlan (d) ve (e) benzeri işlemlerin yapılmasını bildirmesini isteme, g) yalnızca otomatik sistemler ile analiz edilmeden elde edilen verilerinize bilginizi bilginize çıkarmasına itiraz etme, h) kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahiptir.

KVKK kapsamında hakkınız ile ilgili başvurularınızı web sitemizde "İletişim" bölümünde yer alan (<https://www.mapfre.com.tr/sigorta-uygulamasi/kvkk-basvuru-formu.jsp>) KVKK Başvuru Formu'nu kullanarak yapabilirsiniz.

6) Avantajlarımız ve kampanyalarımız hakkında bilgilendirme

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve 6563 sayılı Elektronik Ticareti Düzenleme Kanunu uyarınca, Şirketimiz ve Grup Şirketlerimizin ve acenteler başta olmak üzere anlaşmalı iş ortaklarımızın ürün ve hizmetlerinden faydalanmak için gerekli çalışmaların iş birimlerimiz veya anlaşmalı tedarikçilerimiz tarafından yapılarak avantajlarımız ve kampanyalarımız hakkında e-posta, SMS ve her türlü ticari elektronik ileti yolu ile bilgilendirilebilmek amacıyla verilerinizin Şirketimiz, Grup Şirketlerimiz ve acenteler başta olmak üzere anlaşmalı iş ortaklarımız tarafından işlenmesine izin verip vermediğinizi lütfen aşağıda belirtiniz.

Evet, izin veriyorum.

Hayır, izin vermiyorum.

Yukarıdaki maddelerde yapılan açıklamalar çerçevesinde, KVKK'ya uygun olarak MAPFRE YAŞAM SİGORTA A.Ş. tarafından kişisel verilerimin toplanmasına, işlenmesine, güncellenmesine, periyodik olarak kontrol edilmesine, veri tabanında tutulmasına ve saklanmasına ve gerektirdiği takdirde ilgili kamu kurum ve kuruluşlarıyla, acente ve brokerlerimiz de dahil olmak üzere tüm iş ortaklarımızla ve Türkiye'de veya yurtdışında bulunan hizmet sağlayıcı firmalarla ve MAPFRE Grubuyla paylaşılmasına ve kişisel verilerimin bunlar tarafından da tutulmasına ve saklanmasına muvafakat ediyorum.

SİGORTA ETTİREN
Adı Soyadı / Tarih / İmza / Kaşe*

SİGORTALI
Adı Soyadı / Tarih / İmza

*Sigorta Ettiren tüzel kişi ise, kaşe ve temsile yetkili kişi imzası bulunmalıdır.

Torun Center, Fulya Mah. Büyükdere Cad. No: 74/D-109 Şişli/İstanbul
T: 0850 755 0 755 F: 0212 334 62 60 info@mapfre.com.tr www.mapfre.com.tr/yasam