

Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Aydınlatma Metni

Kişisel verileriniz, AvivaSA tarafından 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun şekilde işlenmektedir. Açık rıza göstermeniz, işin ifası ve kanunda açıkça öngörülmesi hukuki sebeplerine dayanarak, işbu form ve bu formun ekinde sunduğunuz belgelerde yer alan kişisel verileriniz ve açık rıza göstermeniz halinde özel nitelikli kişisel verileriniz, 5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu ve ilgili mevzuat hükümlerine göre, tazminat konusu da dahil olmak üzere; sigortacılık işlemlerinin gerçekleştirilmesi, tazminat başvurularının işleme alınması, değerlendirilmesi ve usulsüzlüklerin önüne geçilebilmesi, iletmış olduğunuz bilgilerin doğruluğunun teyidi, rizikonun ve sigorta sözleşmesine ilişkin taleplerin değerlendirilmesi amacıyla işlenecek ve aşağıda paylaşım nedenleri belirtilen sır saklama yükümlülüğü altındaki üçüncü kişilerle paylaşılacaktır.

- 5684 Sayılı Kanun çerçevesinde destek hizmeti olarak AvivaSA'ya hizmet veren kuruluşlarla,
- Sağlık kuruluşları ve sağlık personeliyle,
- Asistans hizmetlerinden yararlanabilmeniz için Asistans hizmeti veren şirketlerle,
- Reasürans şirketleri ile Sigorta Bilgi Merkezi kapsamında yapılan her türlü raporlama kapsamında,
- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı ve sair resmi makamlarla

Size yeni ürünler ve daha iyi hizmet sunmak için paylaşım;

- AvivaSA acenteleri, brokerleri ve iş ortakları,
- AvivaSA ana hissedarları olan; Aviva Plc. ve Hacı Ömer Sabancı Holding ve bağlı şirketleri
- Formu AvivaSA'ya iletmek için tercih ettiğiniz yurtdışı merkezli iletişim uygulaması

AvivaSA'ya başvurarak, aşağıdaki talepleri her zaman iletebilirsiniz;

- Kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verileriniz işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel verilerinizin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde ve yurt dışında kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- Kişisel verilerinizin eksik veya yanlış işlenmiş olması halinde bunların düzeltilmesini isteme,
- Mevzuatta öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerinizin silinmesini veya yok edilmesini ve bu işlemin kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- İşlenen verilerinizin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- Kişisel verilerinizin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız halinde zararın giderilmesini talep etme

Kişisel verilerinizin korunmasıyla ilgili detaylı bilgiye <https://www.avivasa.com.tr/kisisel-verilerin-korunmasi-adresinden-ulaşabilirsiniz>.

Kişisel Verilerinizin İşlenmesi İçin Açık Rızanız

İşbu form ve bu formun ekinde sunduğum belgelerde yer alan kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerimin, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu hükümleri esas alınarak, yukarıda belirtilen amaçlar doğrultusunda işlenmesine, yine yukarıda belirtilen yurtiçi/yurtdışı üçüncü kişilere aktarılmasına ve gerek görüldüğü hallerde bu kişilerce işlenmesine, kullanılmasına ve sigorta sözleşmesi sona erdikten sonra dahi mevzuat hükümleri kapsamında yasal süre boyunca saklanmasına muvafat ettiğimi, açıkça ve gayrikaçıllı rücu olarak kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Ayrıca, şahsıma ait kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerin, AvivaSA'dan satın almış olduğum ürün ve hizmetlerin eksiksiz verilmesi amacıyla, hastane, sağlık kuruluşu ve diğer üçüncü kişilerden toplanmasına dair AvivaSA'yı yetkilendirdiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Sigortalı	<input type="checkbox"/>	Onaylıyorum	<input type="checkbox"/>	Onaylamıyorum
Adı-Soyadı	:	_____		
Tarih	:	__/__/____		
İmza	:	_____		

Hayat Sigortaları Tehlikeli Hastalık Tazminat Taleplerinde Talep Edilen Belgeler:

- 1 – İlişikte sunulan “Ciddi Sağlık Riskleri/Tehlikeli Hastalıklar Tazminat Talebi Formu ” nun eksiksiz doldurularak imzalanması
- 2- Tazminat talebine neden olan hastalığın ilk teşhis tarihinin belirtildiği ayrıntılı doktor/epikriz raporu, tüm tahlil ve tetkik sonuçları var ise patoloji ve ameliyat raporu asılları ile SGK medula kayıtları
- 3- Tıbbi Bilgi Formunun aslı
- 4- Kimlik fotokopisi

*** Talebinizin işleme alınabilmesi için aşağıdaki formun imzalı aslını, yukarıda belirtilen belgeler ile birlikte lütfen Şirketimizin aşağıda belirtilen Genel Müdürlük adresine posta ile gönderiniz.

Ek : Ciddi Sağlık Riskleri/Tehlikeli Hastalıklar Tazminat Talebi Formu

Bilgi için : Müşteri Destek Merkezi (444 11 11)

Not : AvivaSA Emeklilik ve Hayat A.Ş gerektiğinde ek belge talebinde bulunabilecektir.

