# Türk Harb-İş

**Türkiye Harb Sanayii, Savunma ve Güvenlik Çalışanları Sendikası**

"Turkish War Industry, Defense and Security Workers Union"

**GENEL MERKEZİ**

İnkılap Sokak No : 20 06650 Kızılay-ANKARA • Tel : (0.312) 417 50 97 (pbx) • Faks : (0.312) 417 13 64 • web : www.harb-is.org.tr


Sayı : 01.4-G- 1257 18 Kasım 2026

Konu : Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hk.

**TÜRK HARB-İŞ SENDİKASI**
**Şube, Bölge ve İl Temsilciliklerine**

İlgi: a) Sendikamızın 15 Şubat 2023 tarih, 01.4-G-370 sayı ve "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hk." konulu yazısı.

b) Sendikamızın 09 Nisan 2026 tarih, 01.4-G-439 sayı ve "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hk." konulu yazısı.

Sendikamız üyeleri, eş ve çocukları ile Sendikamız çalışanları için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Anlaşması yapıldığı ilgi (a) genelgemiz ile bildirilmişti.

Söz konusu anlaşma ile ilgili olarak ilgi (b) genelgemizde belirtilen Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçe tutarı 17/11/2026 tarihi itibariyle güncellenmiş olup, konu ile ilgili bilgi ve belgeler ekte gönderilmiştir. Bahse konu tutar 3 ay süreyle geçerli olup, bu sürenin sonunda sigorta şirketi güncelleme yapabilecektir.

Konu ile ilgili detaylı bilgi almak isteyen üyelerimiz, aşağıda iletişim bilgileri yer alan **Etüt İnteraktif Sigorta Şirketi** ile iletişime geçeceklerdir.

Gereğini bilgilerinize rica ederiz.

**Korkut GÖKBAYRAK** **Hasan KARACA**
**Genel Mali Sekreter** **Genel Başkan Yard.**

**Etüt İnteraktif Sigorta Şirketi İletişim Bilgileri**
Telefon : 0312 230 88 78-0312 430 12 34
e-mail : tss.harbis@gmail.com

**EKLERİ:**
**1-** Teminat Tablosu.
**2-** Sigortalı Duyuru Metni.
**3-** Başvuru Formu.

# GRUP TAMAMLAYICI SAGLIK SIGORTASI TEMINAT TABLOSU
## Kurumsal T1 Network

| TEMİNATLAR | TEMİNAT TÜRÜ | PROVİZYON VERİLEN KURUMLAR | | YURTİÇİ ELDEN ÖDEMELİ KURUMLAR | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SİGORTALI KATILIM PAYI | TEMİNAT LİMİTİ | SİGORTALI KATILIM PAYI | TEMİNAT LİMİTİ |
| **YATARAK TEDAVİ TEMİNATLARI** | | | | | |
| Ameliyat | Yıllık | 0% | Limitsiz | 0% | SUT*5 |
| Doktor (Hastanede Tedavi) | Vaka Başına | 0% | Limitsiz | 0% | SUT*5 |
| Hastane Tedavi | Yıllık | 0% | Limitsiz | 0% | SUT*5 |
| Anjiyoplasti | Yıllık | 0% | Limitsiz | 0% | SUT*5 |
| Koroner Anjiyografi | Yıllık | 0% | Limitsiz | 0% | SUT*5 |
| Suni Uzuv | Vaka Başına | 0% | 150.000 TL | 0% | 150.000 TL - SUT*5 |
| Kemoterapi | Yıllık | 0% | Limitsiz | 0% | SUT*5 |
| Radyoterapi | Yıllık | 0% | Limitsiz | 0% | SUT*5 |
| Diyaliz | Yıllık | 0% | Limitsiz | 0% | SUT*5 |
| Küçük Müdahaleler | Yıllık | 0% | Limitsiz | 0% | SUT*5 |
| Oda-Yemek (Normal Oda) | Yıllık | 0% | 180 Gün | 0% | 180 Gün - SUT*5 |
| Refakatçi | Yıllık | 0% | | 0% | |
| Oda-Yemek (Yoğun Bakım) | Yıllık | 0% | 90 Gün | 0% | 90 Gün - SUT*5 |
| Evde Bakım (Hastane Dışı Tedavi) | Yıllık | 0% | 50.000 TL | 0% | 50.000 TL - SUT*5 |
| Rehabilitasyon ve Ame. Sonrası Fzk. Tdvi | Yıllık | 0% | 30 Seans | 0% | 30 Seans (SUT*5) |
| Acil Ulaşım | Yıllık | 0% | Limitsiz | Kapsam dışı | |
| **AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI** | | | | | |
| Doktor Muayene | Yıllık | 0% | 8 Ayakta Muayene | 0% | Yıllık Limit Grubu 1 SUT*5 |
| Görüntüleme | Yıllık | 0% | | 0% | |
| Laboratuvar | Yıllık | 0% | | 0% | |
| Modern Teşhis | Yıllık | 0% | | 0% | |
| Fizik Tedavi | Yıllık | 0% | 30 Seans | 0% | 30 Seans (SUT*5) |
| **EK TEMİNATLAR** | | | | | |
| Yardımcı Tıbbi Malzeme | Yıllık | 0% | Kapsam dışı | 0% | 15.000 TL (SUT*5) |
| Video Hekimlik Teminatı | Yıllık | 0% | Belirlenen Koşullarda Geçerlidir. | Kapsam dışı | |
| Sencard Dental Wellness Teminatı | Yıllık | 0% | Sencard Dental Networkünde Yılda Bir Kez | Kapsam dışı | |

| BIRIM PRIMLER | BIRIM PRIM |
|---|---|
| FERT | 18.645 |
| EŞ | 18.645 |
| ÇOCUK (0 - 24 YAŞ) | 18.645 |
| ÇOCUK (25 - 29 YAŞ) | 18.645 |

**PRİMLER 6 EŞİT TAKSİT HALİNDE ÖDENEBİLMEKTEDİR.**

İşbu doküman, Sigorta Şirketi tarafından 2.04.2026 tarihinde hazırlanmıştır. Gizlidir, Sigorta Şirketi'nin izni olmadan üçüncü şahıslarla paylaşılamaz.

| |
|---|
| Yıllık Limit Grubu 1: Ayakta Tedavi Teminatları 8 Adet ile sınırlıdır. |
| **SUT :** Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği |
| Doktor, Laboratuvar & Görüntüleme ve Modern Teşhis Yöntemlerine ilişkin giderler Ayakta Tedavi kapsamında değerlendirilir. Ayakta Tedavi kapsamında sadece Doktor Teminatı tek başına kullanılabilir. Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen rutin kontrol, teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışıdır |
| Ayakta Tedavi Teminatı; Ayakta tedavi belirlenen doktor muayene sayısı ile sınırlı olarak poliçe teminat kapsamında olacaktır. Ayakta tedavi teminatı kullanımında, sağlık kurumuna her bir şikâyette yapılacak işlemler bir sefer olarak sayılacaktır. Sigortacı'nın TSS anlaşması olmayan ancak SGK ile her branşta anlaşması olan hastanelerde gerçekleşen ayakta tedavi giderlerinde SGK kullanılması durumunda ve yasal katkı payı sınırları dâhilinde olması halinde (en fazla SUT*5 katı kadar) tazminat karşılanacaktır. Zorunlu katkı payı Sigortacı tarafından ödenmemektedir. |
| **SGK Katılım Payı :** 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'da öngörülen ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutarı ifade eder. |
| **Elden Ödemeli Kurumlar :** SGK ile anlaşmalı olan ancak Sigortacı ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarını ifade eder. |
| SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastaneler ve branşlarda gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır. |
| Genel Sağlık Sigortası 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' kapsamına giren durumlar bu poliçe kapsamı dışındadır. |
| "Geri Ödeme Alınamayacak Kurumlar" şeklinde belirtilen elden ödemeli kurumlarda gerçekleşen işlemler kapsam dışıdır." sigortalılar 'senCard Mobil' uygulamasından veya www.sencard.com.tr adresinden 'Bireysel Online İşlemler (BOI)' uygulamasına giriş yaparak bu kurumların listesine ulaşabilirler. |
| Bu poliçe sadece SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerli olup, SGK müstehaklığını kaybeden kişiler poliçesi yürürlükte olsa dahi, SGK müstehaklığı aktif olmadığı sürece poliçe teminatlarından faydalanamazlar. |
| Sigortacı, Poliçe süresi içinde yeni anlaşma yaptığı Sağlık Kurumları için katılım payı uygulayabilir. |
| **Video Hekimlik Teminatı** : Sağlığınızla ilgili yaptırılan test sonuçları aklınıza takılan tüm sorular için bir uzmandan görüş alma ihtiyacı duyduğunuz an, hastaneye gitmenize gerek kalmadan 7/24 doktorunuzla canlı görüşme yapabilirsiniz. Diyetisyen'den, psikolojiye, kadın doğumdan iç hastalıklarına kadar yeni eklenen branşlarıyla geniş uzman hekim kadrosuna kolaylıkla ulaşabilirsiniz. |
| Elden ödemeli kurumlarda gerçekleşen tedaviler SUT paket fiyatları dikkate alınarak teminat tablosunda belirtilen limit ve ödeme oranları kapsamında,SUT eki EK-2/G Listesinde yer alan işlemler ve istisnası durumlar hariç değerlendirilecektir. Anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen tedavilerde Medula numarası bulunan SGK dökümünün iletilmesi zorunludur. |
| **TSS Kurum Uygulaması:** Sigorta şirketi tarafından belirlenmiş kurumlara Sigortalılar, diğer anlaşmalı kurumlarda olduğu gibi sadece TC kimlik numarası ile başvurabilecektir. Bu kurumlarda yapılan tetkik ve tedavi işlemlerinde SGK kullanılması zorunludur. Oluşan fark tutarı, poliçe özel ve genel şartları kapsamında değerlendirilecek ve teminat limitlerini aşmamak kaydıyla sigorta şirketi tarafından %100 olarak ödenecektir. Sigortalı SGK Katılım Payı dışında sigorta şirketi kapsamında ayrıca Katılım Payı ödemeyecektir. Teminat kapsamında olup SGK ödeme kapsamında olmayan işlemler kapsam dışıdır. |
| |
| Kurumsal T1 Plus Network: Kurumsal T1 NW" katılım paylarına ek olarak tüm teminatlar için sigortalı katılım payı oranı +%25 olarak uygulanacaktır. |

İşbu doküman, Sigorta Şirketi tarafından 2.04.2026 tarihinde hazırlanmıştır. Gizlidir, Sigorta Şirketi'nin izni olmadan üçüncü şahıslarla paylaşılamaz.

**SİGORTALI DUYURU METNİ**

Sendika grubu kapsamındaki Sağlık Sigortası poliçenizi nasıl kullanacağınıza ilişkin temel bilgileri içeren Kullanım Rehberinizi, sizleri bilgilendireceği düşüncesiyle dikkatle incelemenizi ve kolayca ulaşabileceğiniz bir yerde saklamanızı öneririz.

ETÜT İNTERAKTİF Sigorta Aracılık Hizmetleri AŞ. olarak amacımız, sizlere sigortanızdan beklediğiniz yüksek kalitede sağlık hizmetini sunarak, çok sayıdaki anlaşmalı sağlık kuruluşlarından yararlanabilmenizi sağlayıp ihtiyaç duyduğunuz anda yanınızda olmaktır.

1. Teklifimiz, ilk kez sigortalanacak sendika üyeleri, çalışanları ve aile üyelerini (eş ve çocuk) kapsamaktadır. Teklifimiz T.C. sınırları içinde ve anlaşma yapılan sigorta şirketi ile mutabakata varılan tarih itibariyle geçerlidir. İlgili tarihler teminat tablosunda yer almaktadır. Başka şirkette poliçesi olan sigortalı için geçiş işlemi yapılabilecektir. Geçiş işlemlerinde sigorta primi üzerinden işleme alınıp sağlık risk analizi yapılarak nihai teklif sigortalılara iletilecektir.Geçiş işlemlerinde şirketlerin sürprim,limitlendirme ve muafiyet ekleme hakları vardır.
2. E-posta yolu ile yapılan başvurular dikkate alınacak olup, farklı bir iletişim kanalı ile yapılan başvurular dikkate alınmayacaktır.
3. Poliçe Sağlık Sigortası Genel Şartları ve poliçeyi düzenleyecek olan sigorta şirketinin Özel Şartlarına da tabidir.
4. Sigorta poliçesine kabul yaşı 0- 64 'tür. Üye poliçeye dahil olmak şartı ile aile üyelerini poliçe başlangıç döneminde olmak üzere dahil edebilir. ( Yeni evlilik ile eş ve doğum sonrası 1 ayı aşmamak kaydıyla bebekler, ara dönemde de poliçeye eklenebilir. )
5. Yeni doğan bebekler 15. gün itibariyle sigorta ettirenin poliçesine dahil edilebilir. 0-24 yaş arası çocuklar, aile ile birlikte sigortalanabilir.
6. Teklifimizin onaylanması halinde, poliçe işlemlerinin yapılabilmesi için onayla birlikte yasal yükümlülüklerimiz gereği alınması gereken belgeler ile Sigortalı Başvuru Formu' nun imzalı olarak eksiksiz tarafımıza iletilmesi gerekmektedir. Tüm girişleri Başvuru Formu alınarak ve risk analizi yapılarak poliçe kapsamına alınacaktır. Sigortalının başvurusu ve sonrasındaki tüm işlemler, evrak talepleri ve poliçe gönderimi acente ve sigortalı arasında e- posta yoluyla yapılacaktır.
7. Sigorta başlangıç tarihi her sigortalı için " ilk sigorta başlangıç tarihi " olarak kabul edilecektir. İlk sigorta başlangıç tarihinden önceye dayanan hastalıklar ve/veya oluşmuş tüm riskler, şikâyet dahi olsa poliçe kapsamı dışında tutulacaktır.
8. Sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise blokesiz olarak peşinat tutarı ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi yapılacak olup sonrasında sigortalıya e-posta yoluyla iletilecektir. Prim ödemeleri kredi kartı ve havale ile tahsil edilecektir. Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar.
9. Sigorta poliçe süresi 1 yıllıktır. Poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Poliçe Türkiye saati ile öğlen 12:00'de başlar, belirtilen bitiş tarihinden öğlen 12:00 da sona erer.
10. Yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler ile Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, endoskopik işlemler ile ilgili giderler **3 aylık bekleme süresi** mevcuttur. Ayakta Tedavi işlemleri için bekleme süresi yoktur.
11. Sendika üyesinin ailesi dışındaki kişilerin poliçe girişlerinin tespitinde poliçe iptal edilecek, şirketimizin yükümlülük altında kaldığı ve/veya ödeme onayı verdiği tüm talepler-tazminatlar üyeden, poliçede gerçek üye bulunmaması durumunda Sigorta Ettiren 'den / poliçe kapsamındaki sigortalıdan tahsil edilecek, kanuni işlemler yapılacaktır.
12. Tüm sigortalılar il şartı olmaksızın Türkiye'nin her yerindeki anlaşmalı kurumlardan yararlanacaktır. Anlaşmalı sağlık kurum bilgisine https://www.sencard.com.tr/medikal-hizmet-agi adresinden ulaşabilirsiniz.

Bupa ACIBADEM SİGORTA

# FERDİ KATILIMLI GRUP SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİ
# KREDİ KARTI ÖDEME TALİMATI

**Lütfen, Başvuru Formu üzerinde yer alan tüm alanları büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz. Bu form, teklif niteliğinde değildir.**

## SİGORTA ETTİREN

| | | | |
|---|---|---|---|
| Adı, Soyadı / Ünvanı | | Vergi Dairesi No | |
| Doğum Yeri / Tarihi / Cinsiyet | __/__/____ | GSM No | (0 ) |
| | | Telefon | (0 ) |
| T.C. Kimlik / Pasp. / Yabancı Kimlik No | | E-posta | |
| Adresi Ev | | Yazışma Tercihi Ev ☐ | |
| İş | | İş ☐ | |

## SİGORTALI ADAY BİLGİLERİ

| | 1. Aday (Kendisi) | 2. Aday (Eşi) | 3. Aday (Çocuk) | 4. Aday (Çocuk) | 5. Aday (Çocuk) |
|---|---|---|---|---|---|
| Ad,Soyad | | | | | |
| Doğum Tarihi | __/__/___ | __/__/___ | __/__/___ | __/__/___ | __/__/___ |
| Cinsiyet | ☐K ☐E | ☐K ☐E | ☐K ☐E | ☐K ☐E | ☐K ☐E |
| T.C. Kimlik No | | | | | |
| Telefon | | | | | |
| E-posta | | | | | |
| Toplam Prim | | | | | |

## TAZMİNAT ÖDEMELERİ İÇİN BANKA HESAP NUMARASI

| Hesap Sahibi | IBAN NO |
|---|---|
| | |

## KREDİ KARTI BİLGİLERİ (Sigorta Ettiren ile kredi kartı sahibi aynı kişi olmalıdır.)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Kredi Kartı Sahibi** | | **Kart Türü** | ☐ **Visa** ☐ **Master** |
| **Kredi Kartı No** | ____/____/____/____ | **CVV** | ___ |
| **Banka Adı** | | **Son Kullanma Tarihi** | ___/___/___ |

**Sayın Sigortalımız,**

- Teminatlarınızın kesintisiz devamı için, bilgisini vermiş olduğunuz kredi kartınızın mail order'a (kart bilgisi ile çekim yapılmasını sağlayan sistem) açık olduğundan ve/veya kartın harcama limitinden bağımsız olan mail order limitinin yeterli olduğundan emin olunuz.
- Bilgisini verdiğiniz kredi kartınızın kullanım süresinin (son kullanma tarihi) ödemeleriniz devam ederken dolması halinde kartınızın değişen son kullanma tarihini veya ödemelerinizin kesintisiz devamını sağlayacak yeni kart bilgilerinizi bu formu kullanarak tarafımıza iletebilirsiniz.
- Şirketiniz tarafından, SMS, telefon, elektronik posta ve benzeri iletişim kanallarından iletilecek bilgilendirme ve pazarlama mesajlarının tarafıma gönderilmesini kabul ederim.

| Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih | İmza | Sigortalı Adı, Soyadı, Tarih | İmza |
|---|---|---|---|
| __/__/____ | | __/__/____ | |



Küçükbakkalköy Mah. Başar Sok. No:20 34750 Ataşehir - İstanbul Tel: +90 216 571 55 55 Faks: +90 216 571 55 56 MERSİS No: 0153003619800017
SENCARD HİZMET MERKEZİ : 444 9 555 mim@sencard.com.tr
www.bupaacibadem.com.tr

"Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği" ve "Kişisel Verilerin Korunması" Mevzuatı gereğince;

• Şirketinizce düzenlenen poliçeler ve tazminat ödemeleri kapsamında risk ölçümü yapılabilmesi, tazminat taleplerinin değerlendirilebilmesi, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile sigorta işlemleri kapsamındaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve tarafıma özel fırsatların geliştirilebilmesi için sağlık verilerim de dahil olmak üzere kişisel verilerimin işlenmesi gerektiğini biliyor ve kabul ediyorum. Bu kapsamda gerek ileteceğim, gerekse de ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve kamu kurum ve kuruluşları, özel ve resmi sağlık kurumları, eczaneler, laboratuvarlar, hekim ve diğer ilgili üçüncü kişiler/kurumlardan hakkımda bilgi ve belge temin edilmesine onay veriyorum. Tüm bu verilerin, Sigortacı tarafından aşağıda açıklandığı çerçevede elde edileceği, kaydedilebileceği, muhafaza edilebileceği, açıklanabileceği, mevzuatın izin verdiği durumlarda üçüncü kişilere aktarılabileceği veya diğer şekillerde işlenebileceği konularında bilgilendirildiğimi ve buna onay verdiğimi beyan ederim.
Kişisel verilerimin ilgili sigorta tekliflerinin/poliçelerinin yürürlük tarihi süresince ve mevzuatta öngörülen saklama süreleri boyunca yazılı veya elektronik ortamda muhafaza edilebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.
Sağlık verilerimin özel nitelikli kişisel veri olduğunu, sağlık verilerinizi de içeren kişisel verilerimin, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yönetilmesi konusunda görev yapan sigorta şirketlerince açık rıza aranmaksızın işlenebileceğini, şirketiniz tarafından talep edilmesi halinde teklif, tazminat/provizyon talebimin değerlendirilmesi sürecinde e-nabız kayıtlarımı sigorta şirketine ileteceğimi biliyor ve 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, reasürörleri, hizmet alınan, işbirliği yapılan kişi ve kuruluşlar ile destek hizmeti sağlayıcıları, brokerler, diğer sigorta şirketlerine ve sigorta sözleşmesini yaptıran Sigorta Ettiren / Sigorta Ettiren yetkilisine aktarılabileceğini ve bunlarla paylaşılabileceğini biliyor ve 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.

• Teklif/Başvuru Formu ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri olan tüm bilgilerin bilgim dahilinde verildiğini ve bilgim dahilindeki gerçeği tamamen yansıttığını şahsımın ve bağımlılarımın sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi ve benzeri) ve gerekçe gibi bilgilerinin Sigorta Ettiren ile paylaşılmasına ve tüm bu bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatim olduğunu kabul ve beyan ederim. Sigorta başvuru formunda belirtmiş olduğum e-posta adresimin, GSM numaram ve/veya Mernis kayıtlarındaki adresimin sigortacılık işlemlerim ile ilgili bilgilendirmeler ve poliçe /sertifika gönderimi için kullanılmasını talep ve rica ederim.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Sigortalı TC Kimlik No | : | Eş TC Kimlik No | : |
| Sigortalı Adı Soyadı | : | Sigortalı Adı Soyadı | : |
| Sigortalı İmzası / Tarih | : | Sigortalı İmzası / Tarih | : |
| Çocuk 18+ TC Kimlik No | : | Çocuk 18+ TC Kimlik No | : |
| Sigortalı Adı Soyadı | : | Sigortalı Adı Soyadı | : |
| Sigortalı İmzası / Tarih | : | Sigortalı İmzası / Tarih | : |
| Çocuk 18+ TC Kimlik No | : | Çocuk 18+ TC Kimlik No | : |
| Sigortalı Adı Soyadı | : | Sigortalı Adı Soyadı | : |
| Sigortalı İmzası / Tarih | : | Sigortalı İmzası / Tarih | : |



Küçükbakkalköy Mah. Başar Sok. No:20 34750 Ataşehir - İstanbul Tel: +90 216 571 55 55 Faks: +90 216 571 55 56 MERSİS No: 0153003619800017
SENCARD HİZMET MERKEZİ : 444 9 555 mim@sencard.com.tr
www.bupaacibadem.com.tr