KİŞİSEL VERİLERİN PAYLAŞILMASINA DAİR YETKİLENDİRME FORMU

Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. Genel Müdürlüğüne,

Şirketiniz sigorta ürünlerine ilişkin şahsım adına teklif çalışılması için yürütülecek sigortacılık faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi adına şirketinizin yetkili satış kanalı .....'ni, başka bir satış kanalınızı da aynı anda yetkilendirme hakkım saklı olmak üzere, yetkilendirdiğimi beyan ederim.

Sağlık sigortacılığı ile ilgili tüm işlemler ile ilgili sigortacılık faaliyetleri kapsamında aşağıda yer alan bilgilerin Şirketinizin yetkili satış kanalı ..... ile paylaşılmasına açık rızam olduğunu beyan ederim.

Her bir sigortalı adayının söz konusu bilgilerinin tarafımla ve Şirketinizin yetkili satış kanalı .... ile paylaşılması için açık rızalarının olduğunu ve aksi halde her türlü sonuçtan şahsen sorumlu olacağımı kabul ve beyan ederim.

Sadece sigorta teklif alma sürecindeki işlemlerde kullanımı ile sınırlı olmak üzere aşağıda yer alan kimlik bilgilerimin Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. tarafından kullanımına izin veriyorum.

Saygılarımla,

TARİH :
ADI SOYADI :
TCKN NO :
İMZA :

SİGORTALI / SİGORTA ETTİREN BİLGİLERİ LİSTESİ

Adı Soyadı	TCKN NO / VKN NO	STATÜ (Sigorta Ettiren / Sigortalı)

Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. kişisel verilerinizin güvenliğine ve gizliliğine önem vermekte ve korunması adına gerekli önlemleri almaktadır. Bu yazı KVKK (Kişisel Verilerin Koruması Kanunu kapsamında) verilerinizin izinsiz kullanımını engellemek amacıyla hazırlanmıştır.