



## İNCİ SİGORTA ACENTELİĞİ LTD.ŞTİ VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

Doküman No :KVKK-FR-02  
Revizyon No :00  
Revizyon Tarihi :--  
Yayın Tarihi :15.03.2019:  
Sayfa No 1/4

### 1. GENEL

Siz veri sahipleri tarafından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("KVKK") 11. ve 13'üncü maddeleri uyarınca yapılacak başvuruları ivedilikle, etkin ve kapsamlı bir şekilde değerlendirebilmek ve çözümleyebilmek adına, işbu Başvuru Formu veri sorumlusu sıfatıyla " İNCİ SİGORTA ACENTELİĞİ LTD.ŞTİ. " ya da " İNCİ SİGORTA " tarafından hazırlanmıştır.

### 2. BAŞVURU YOLU

Siz veri sahipleri, KVKK'nın 11. ve 13. maddeleri uyarınca; veri sorumlusu sıfatı taşıyan Şirketimize, KVKK'nın uygulanmasıyla ilgili taleplerinizi yazılı olarak işbu Başvuru Formu'nun ıslak imzalı bir kopyasını, ekinde kimlik fotokopisine yer vermek suretiyle tarafımıza iletilebilecektir.

Başvuru Yöntemi	Başvurunun Yapılacağı Adres	Başvuru Gönderiminde Belirtilecek Bilgi
Şahsen Başvuru (Başvuru sahibinin bizzat gelerek kimliğini tevsik edici belge ile başvurusu)	<b>İNCİ SİGORTA ACENTELİĞİ LTD.ŞTİ.</b> Adalet Mah.1586/8 Sok. No: 7 Bayraklı/İZMİR	Zarfın üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.
Noter vasıtasıyla tebligat	<b>İNCİ SİGORTA ACENTELİĞİ LTD.ŞTİ.</b> Adalet Mah.1586/8 Sok. No: 7 Bayraklı/İZMİR	Tebliğat zarfına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.
"Güvenli elektronik imza" ile imzalanarak Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) yoluyla	incisigorta@hs03.kep.tr	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.

Ayrıca, Kurul'un belirleyeceği başka yöntemlerin ilan edilmesinden sonra bu yöntemler üzerinden de başvuruların ne şekilde alınacağı duyurulacaktır.

### 3. VERİ SAHİBİNE İLİŞKİN BİLGİLER

Başvurunuz ile ilgili gerekli araştırma ve değerlendirmelerin yapılabilmesi ve konuya ilişkin çözümlerin geliştirilebilmesi amacıyla aşağıdaki alanları doğru ve eksiksiz bir biçimde doldurmanız gerekmektedir:

Ad Soyad*	
T.C Kimlik Numarası*	
Adres*	
Telefon Numarası*	
E-posta Adresi*	
Faks Numarası (isteğe bağlı)	

\*Doldurulması zorunlu alanlar.



## İNCİ SİGORTA ACENTELİĞİ LTD.ŞTİ VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

Doküman No :KVKK-FR-02  
Revizyon No :00  
Revizyon Tarihi :--  
Yayın Tarihi :15.03.2019:  
Sayfa No 1/4

Yukarıda tarafımıza sunmuş olduğunuz kişisel verileriniz, münhasıran işbu Başvuru Formu'nun değerlendirilebilmesi, sonuçlandırılabilmesi ve sizinle iletişime geçilebilmesi amacıyla işlenmektedir.

**İnci Sigorta ile olan ilişkinize dair uygun olan seçeneği işaretleyerek, mevcut ilişkinin hâlihazırda devam edip etmediğini aşağıda yer verilen bölümde belirtiniz.**

Müşteri  Çalışan Adayı   
İş Ortağı  Çalışan   
Ziyaretçi  Diğer ( \_\_\_\_\_ )

- İnci Sigorta ile olan ilişkim başvuru tarihi itibarıyla devam etmektedir.  
 İnci Sigorta ile olan ilişkim ( \_\_\_\_\_ ) tarihi itibarıyla sona ermiştir.

#### 4. VERİ SAHİBİNİN TALEPLERİ

Veri sahibi olarak, KVKK'nın 11. ve 13. maddeleri kapsamında bilgi sahibi olmak istediğiniz durum/durumlar için lütfen aşağıda yer verilen listedeki ilgili kutucuğu/kutucukları işaretleyiniz.

TALEBİNİZ	GEREKEN BİLGİ/BELGE	SEÇİMİNİZ
1. Kişisel verilerimin İnci Sigorta tarafından işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
2. İnci Sigorta tarafından kişisel verilerimin hangi amaçla işlendiğini öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz. .....	<input type="checkbox"/>
3. İnci Sigorta tarafından kişisel verilerimin amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz. .....	<input type="checkbox"/>
4. Eğer kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, aktarılan üçüncü kişileri bilmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
5. Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiğini düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileri ve bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz. .....	<input type="checkbox"/>

<b>6.</b> Eksik/yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileri ve bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz. .....	<input type="checkbox"/>
<b>7.</b> Kişisel verilerimin işlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle silinmesini/yok edilmesini istiyorum.	Bu talebinize konu verilerin hangi veriler olduğunu ve aleyhinize olduğunu düşündüğünüz sonucun ne olduğunu lütfen belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere Başvuru Formu ekinde yer veriniz. .....	<input type="checkbox"/>
<b>8.</b> Kişisel verilerimin işlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle aktarıldıkları üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini/yok edilmesini istiyorum. <sup>4</sup>	Bu talebiniz, kişisel bilgilerinizin yalnızca bir kısmına ilişkin ise bunların hangi veriler olduğunu ve bu talebinizin gerekçesini tevsik edici bilgi ve belgelerle birlikte belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Başvuru Formu ekinde yer veriniz. .....	<input type="checkbox"/>
<b>9.</b> İnci Sigorta tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz sonucunda şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum	Bu talebinizin gerekçesini ve bilgi alma talebinize ilişkin durumun sonucunu belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Başvuru Formu ekinde yer veriniz.	<input type="checkbox"/>
<b>10.</b> Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle uğradığım zararın tazminini talep ediyorum.	Bu talebinizin gerekçesini ve uğradığınızı düşündüğünüz zararı aşağıdaki boşlukta belirtiniz; bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere (örnek; Kişisel Verilerin Korunması Kurulu veya mahkeme kararları) lütfen Başvuru Formu ekinde yer veriniz. .....	<input type="checkbox"/>

Veri sahibi adına 3. kişiler tarafından yapılacak olan başvurularda, işbu Başvuru Formu ile birlikte noterce onaylanmış vekâletnamenin, velayet/vesayet altında bulunan çocuklar adına yapılacak başvurularda ise işbu Başvuru Formu ile birlikte velayet/vesayet ilişkisini tevsik edici belgelerin bir suretinin tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla, bilgi edinme başvurunuzun İnci Sigorta 'ya ulaştığı tarihten itibaren *yedi (7) gün içinde*, İnci Sigorta , veri sahibi olduğunuzu teyit etmek amacıyla sizinle iletişime geçebilecek, bu hususta sizlerden bazı bilgi ve belgeler talep edebilecektir. Bu kapsamda tarafımıza sağlamış olduğunuz bilgi ve belgeler, veri sahibi olduğunuzun teyit edilmesini müteakip derhal imha edilecektir.



**İNCİ SİGORTA ACENTELİĞİ LTD.ŞTİ  
VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU**

Doküman No :KVKK-FR-02  
Revizyon No :00  
Revizyon Tarihi :--  
Yayın Tarihi :15.03.2019:  
Sayfa No 1/4

Talep edilen bilgi ve belgelerin eksik olması durumunda, talebimiz üzerine bilgi ve belgelerin tamamlanarak tarafımıza iletilmesi gerekecektir. Bilgi ve belgeler tarafımıza tam olarak iletilene kadar talebin sonuçlandırılmasına ilişkin KVKK'nın 13/2 maddesinde belirtilen *otuz (30)* günlük süre askıya alınacaktır.

**5. VERİ SAHİBİNİN TALEBİNİN SONUÇLANDIRILMASI**

Niteliğine göre talebiniz, KVKK uyarınca bizlere ulaştığı tarihi takip eden *en kısa sürede ve en geç otuz (30) gün içinde* cevaplandırılacaktır. Cevaplarımız ve değerlendirmelerimiz, işbu Başvuru Formu'nda belirtilmiş olan seçiminize göre KVKK'nın 13. maddesi uyarınca yazılı veya elektronik ortam vasıtasıyla tarafınıza iletilecektir. Başvuru sonucunun posta, elektronik posta veya faks yöntemlerinden biriyle iletilmesine ilişkin öncelikli bir tercihiniz varsa, lütfen aşağıda belirtiniz:

Başvuruma ilişkin sonucun e-posta adresime gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>
Başvuruma ilişkin sonucun posta aracılığı ile adresime gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>
Başvuruma ilişkin sonucun faks yolu ile gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>

Talepleriniz İnci Sigorta tarafından ücretsiz sonuçlandırılacak olup, cevaplama sürecinin ayrıca bir maliyet doğurması halinde, ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenen tutarlarda ücret talep edilebilecektir.

**6. VERİ SAHİBİ BEYANI**

KVKK uyarınca yapmış olduğum bilgi edinme başvurusunun, yukarıda belirttiğim talep/talepler çerçevesinde değerlendirilerek sonuçlandırılmasını rica eder, işbu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum bilgi ve belgelerin doğru, güncel ve şahsıma ait olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

<b>Veri Sahibi</b>	
Adı Soyadı	
Başvuru Tarihi	
İmza	