

DAİMİ MALULİYET - TAZMİNAT TALEP FORMU

(Bu form Daimi tam veya kısmi maluliyet için kullanılmaktadır.)

BÖLÜM A: SİGORTALI BEYANI

Bu form sigortalı tarafından veya sigortalının akli melekeleri yerinde değilse tam olarak yetkilendirilmiş vasisi tarafından veya sigortalının fiziksel yetersizliği nedeni ile bu soruları cevaplandıramıyorsa lehtarı veya yakın akrabası veya usulüne uygun şekilde yetkilendirilmiş temsilcisi tarafından tam ve detaylı olarak doldurabilir.

Sigortalı Ad Soyad		Poliçe Numarası	
TC Kimlik No/YKN		Doğum Tarihi	/...../.....
Meslek		Çalışılan Firma	
Banka Bilgileri (*) Banka Hesabının sigortalıya ait olması gerekmektedir.	Banka Adı		
	Şube Kodu		
	IBAN No	TR	
	Hesap Sahibi Adı Soyadı *		
Sigortalı İletişim Bilgileri	Cep Tel / Faks		
	E-posta		
	Adres		
Maluliyetin Sebebi	☐ Kaza ☐ Hastalık	Maluliyet Oranı	%.....
Maluliyetin Geçmişi	Şikâyetlerin Başlama Tarihi		
	İlk Doktora Gidiş Tarihi		
	Tedavi Eden Doktorun Ad Soyad ve İletişim Bilgileri		
Ne zaman işinizi tam olarak bırakmak zorunda kaldınız?			
Ne zaman işinize kısmi olarak ara vermek zorunda kaldınız?			
Maluliyetinizin başlangıcından bu yana herhangi bir işte çalıştınız mı? Evet ise lütfen detay veriniz.			
İşinize ne zaman dönmeyi tahmin ediyorsunuz?			
Sahip olduğunuz diğer hayat, sağlık veya kaza sigortalarının teminatları veya devletin sağladığı maluliyet nedeniyle sağladığı yardımlar nelerdir?			

- İşbu başvuru formu ile hakkımda bilgi ya da kayıt sahibi herhangi bir doktoru, hastaneyi, sağlık kuruluşunu, kliniği, eczaneleri, laboratuvarları, işverenleri sigorta şirketini ya da başka bir resmi veya özel kurumu veya kişileri, tarafıma ait her türlü sağlık, tıbbi, geçmiş, doktor tavsiyesi ve teşhisi tedavi süreci, hastalık ya da rahatsızlık bilgilerini Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye vermeye yetkili kılıyorum. Bu formun fotokopisi alınan yetki açısından orijinali kadar geçerlidir.
- Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye bildirmiş olduğum sakatlık bilgilerim gibi özel nitelikli olanlar da dâhil olmak üzere aileme ve şahsıma ait tüm kişisel bilgilerin, yurtiçi ve yurtdışı olmak üzere Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. karşı gizlilik mükellesiyle olan danışman, broker, reasürör, hizmet sağlayıcı ve acenteler gibi üçüncü partilere paylaşılmasına ve bu taraflarca işlenmesine açıkça muvafakat ettiğimi iş burada beyan ederim.
- Yukarıda belirtilmiş olan banka hesap bilgilerinin bana ait olduğunu teyit eder, tazminat talebimin onaylanması durumunda ödemenin yukarıda belirtilmiş olan banka hesabına yapılmasını talep ederim.

Sigortalı Adı Soyadı (18 yaşından küçükse kanuni temsilcisi)	Tarih	İmza
	/...../.....	

DAİMİ MALULİYET - TAZMİNAT TALEP FORMU

BÖLÜM B: DOKTOR BEYANI

Hastayı tedavi eden doktorun, tazminat talebinin değerlendirilmesinde yardımcı olmak amacıyla, formu detaylı olarak ve tüm sorulara cevap verecek şekilde doldurması gerekmektedir.

Sigortalı Ad Soyad		Maluliyet Oranı	%.....
Maluliyetin Sebebi	☐ Kaza ☐ Hastalık	Maluliyet Türü	☐ Tam ☐ Kısmi
Meslek		Çalışılan Firma	
Maluliyetin Geçmişi	Şikâyetlerin Başlama Tarihi	/...../.....	
	İlk Doktora Gidiş Tarihi	/...../.....	
	Sigortalıyı İlk Görüş Tarihiniz	/...../.....	

Maluliyete sebep olan rahatsızlığın tanısı nedir?

Maluliyetin semptomlarını, teşhis ve prognozunu belirtiniz.

İşi, görevi ne olursa olsun Sigortalı herhangi bir işi yapmaktan kendisini tamamen alıkoyacak şekilde tam malul müdür?

Sigortalı günlük yaşam aktivitelerini kendi başına yerine getirebilecek durumda mıdır?

Sigortalı malul ise bilginize göre ne zamandan beri işini yapamıyor?

Sigortalı mevcut rahatsızlık için daha önceden hiç tedavi gördü mü? Gördü ise detaylı şekilde açıklayınız.

(Hastalık Sonucu ise) Sigortalının ailesinden herhangi biri veya şu anda bulunduğu evde herhangi birisi benzer şekilde rahatsızlandı veya hastalık geçirdi mi? Geçirdi ise yakınlık derecesi nedir?

Doktor Adı Soyadı	Tarih	İmza / Kaşe	İletişim Bilgileri
	/...../.....		

DAİMİ MALULİYET TAZMİNATI GEREKLİ EVRAK LİSTESİ

No	Evrak Adı
1	Daimi Maluliyet Tazminat Talep Formu
2	Sigortalı Beyanı
3	Orijinal veya Tasdikli(*) maluliyet yüzdesini gösteren Özürlü Sağlık Kurulu Raporu (Devlet veya Üniversite hastaneleri tarafından verilmiş)
4	Hastalık/Kaza ile ilgili tüm doktor ve heyet raporları
5	Orijinal veya Tasdikli(*) Kaza Tespit Tutanağı, Olay Yeri İnceleme Raporları, Alkol Raporu, Görgü Tanıkları İfade Tutanakları (Kaza sonucu ise)
6	Tedavi, Ameliyat Raporları ve Tetkik sonuçları
7	Detaylı Epikriz
8	Sigortalı Kimlik Fotokopisi
9	Sigorta şirketinin isteyebileceği diğer belgeler

* Islak imzalı veya noterden aslı gibidir. Tasdikli olması gerekmektedir.

VERİ SORUMLUSUNA İLİŞKİN BİLGİLER

Ticari Ünvan: KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş.

Adres: Saray Mahallesi Dr. Adnan Büyükdenez Caddesi No:2 Akkom Ofis Park 3. Blok Kat:2 Ümraniye / İstanbul

Tel-Fax: 2169998100 - 2166921122

Tic.Sic.No: 895027

Vergi No: 5280641047

Mersis No: 0528064104700018

MÜŞTERİLERİMİZ İÇİN 6698 SAYILI KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDA BİLGİLENDİRME

a) Kişisel Verilerin İşlenme Amaçları ve Hukuki Sebepleri:

Veri Sorumlusu olan Şirketimiz Katılım Emeklilik ve Hayat AŞ tarafından kişisel verileriniz; 4632 sayılı Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu ve 5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu başta olmak üzere Sigortacılık, Bilgilendirme Yükümlülükleri dâhil her türlü yükümlülüğümüzü yerine getirmek, ürün ve hizmetlerimizi sunmak, faaliyet konumuza giren her türlü işlemi gerçekleştirmek, işlem sahiplerinin bilgilerini tespit etmek, elektronik veya fiziki ortamda gerçekleştiren işlemlere dayanak olan tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek, kamu otoritelerinin kararlarına uyum sağlamak, pazarlama, tanıtım, satış ve istatistik faaliyetlerini gerçekleştirmek, hizmet kalitesini artırmak, risk analizi, fiyatlandırma, tazminat değerlendirme süreçlerini yürütmek, sigorta ve bireysel emeklilik sözleşmelerinin kurulması ve ifasıyla ilgili her türlü işlemi gerçekleştirebilmek amacıyla ve Bireysel Emeklilik mevzuatı ile diğer ilgili mevzuattan kaynaklanan bilgi ve belge saklama, raporlama işlenmektedir. Özel nitelikli kişisel verileriniz ise sözleşme ilişkisi içinde risk analizi, fiyatlandırma, tazminat değerlendirmesi yapmak ve benzer süreçleri gerçekleştirmek amacıyla işlenmektedir. (Özel nitelikli kişisel veriler, kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dinî, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkûmiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri olarak tanımlanmaktadır.)

b) Kişisel Verilerin Aktarılabileceği Kişi/Kuruluşlar ile Kişisel Verilerin Aktarılma Amaçları:

Şirketimiz tarafından kişisel verileriniz; mevzuat hükümlerinin izin verdiği kişi ve kuruluşlar ile kamu makamlarına, hissedarlarımız Kuveyt Türk Katılım Bankası A.Ş. ile Albaraka Türk Katılım Bankası A.Ş. ve iştiraklerine ve gizlilik sözleşmeleriyle kişisel verilerinizi güvence altına aldığımız, iş ilişkisi içinde bulunduğumuz yurt içi ve dışında bulunan kuruluşlara aktarılabılır. Kişisel verileriniz, ilgili kurum ve kuruluşlara, 4632 sayılı Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu ve 5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu başta olmak üzere Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik mevzuatı ile diğer ilgili mevzuattan kaynaklanan bilgi ve belge saklama, raporlama, bilgilendirme yükümlülükleri dâhil her türlü yükümlülüğümüzü yerine getirmek, ürün ve hizmetlerimizi sunmak, faaliyet konumuza giren her türlü işlemi gerçekleştirmek, işlem sahiplerinin bilgilerini tespit etmek, elektronik veya fiziki ortamda gerçekleştiren işlemlere dayanak olan tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek; kamu otoritelerinin kararlarına uyum sağlamak, pazarlama, tanıtım,

satış ve istatistik faaliyetlerini gerçekleştirmek, hizmet kalitesini artırmak, risk analizi, fiyatlandırma, tazminat değerlendirme süreçlerini yürütmek, sigorta ve bireysel emeklilik sözleşmelerinin kurulması ve ifasıyla ilgili her türlü işlemi gerçekleştirebilmek amacıyla aktarılabilir. Özel nitelikli kişisel veriler ise gizlilik sözleşmeleri ile söz konusu verilerinizi güvence altına aldığımız ve ilgili mevzuata uygun şekilde ürün ve hizmetlerimizi sunmak ve faaliyet konumuza giren işlemleri gerçekleştirmek üzere hizmet aldığımız yurt içi ve dışında bulunan şirketlere aktarılabilir.

c) Verilerin Toplanma Yöntemi ve Hukuki Sebepleri:

Şirketimiz tarafından kişisel ve özel nitelikli kişisel verileriniz; 4632 sayılı Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu, 5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu başta olmak üzere Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik mevzuatı ile diğer ilgili mevzuattan kaynaklanan bilgi ve belge saklama, raporlama, bilgilendirme yükümlülükleri dâhil her türlü yükümlülüğümüzü yerine getirmek, ürün ve hizmetlerimizi sunmak, faaliyet konumuza giren her türlü işlemi gerçekleştirmek, kamu otoritelerinin kararlarına uyum sağlamak, ürün ve hizmetlerimizi sunmak, faaliyet konumuza giren her türlü işlemi gerçekleştirmek amacıyla, sözlü, görsel yahut yazılı olarak, fiziki yahut elektronik ortamda tamamen veya kısmen otomatik olan ya da herhangi bir veri kayıt sisteminin parçası olarak otomatik olmayan yollarla toplanmaktadır.

Kişisel ve özel nitelikli kişisel verileriniz, Genel Müdürlük, iştiraki olduğumuz Bankalarımız, Şubeleri, Acentelerimiz, İnternet Şubelerimiz, Çağrı Merkezleri gibi kanallar aracılığı ile Bireysel Emeklilik ve Hayat, Ferdi Kaza, Sağlık Sigortacılığı işlemlerinin yürütülmesi için yapılan temel uygulama yazılım paketimiz ve iş akış uygulaması, çağrı merkezi uygulaması gibi yan yazılım paketleri kullanılarak toplanmakta ve işlenmektedir. Söz konusu verileriniz, Oracle ve MS SQL gibi genel kullanıma açık olmayan güvenli ortamlarda saklanmakta ve yetkisiz kişilerin erişimini önlemek üzere her türlü önlem alınmaktadır.

d) Haklarınız:

Şirketimizin www.katilimemeklilik.com.tr adresine yazılı olarak başvuruda bulunarak veya 0(850) 226 0 123 çağrı merkezimizden kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenme, kişisel verileriniz işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme, kişisel verilerinizin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, kişisel verilerinizin yurt içinde veya yurt dışında üçüncü kişilere aktarılıp aktarılmadığını ve aktarıldı ise bu kişileri ya da kişi kategorilerini öğrenme, kişisel verilerinizin eksik veya yanlış işlenmiş olması halinde bunların düzeltilmesini isteme, kişisel verilerinizin işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması halinde bu verilerinizin silinmesi ya da yok edilmesini talep etme, talebiniz doğrultusunda gerçekleştirilen düzeltme, silme ve yok etme işlemlerinin kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini talep etme, işlenen kişisel verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkması durumunda, söz konusu sonuçlara itiraz etme ve kişisel verilerinizin mevzuata aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız halinde zararın giderilmesini talep etme haklarınızı kullanabilirsiniz.

MÜŞTERİ BEYANI

Yukarıda yer alan açıklamaları okudum, anladım ve bilgilendim. Bilgilendirme Yazısı'nın bir nüshasını teslim aldım. Kişisel verilerimin ve özel nitelikli kişisel verilerimin yukarıda yer alan amaçlarla işlenmesine açık rızam bulunduğunu belirtirim.

Müşteri Ad Soyad:

T.C. Kimlik Numarası:

Tarih:

İmza:

KİŞİSEL VERİLER İLE ÖZEL NİTELİKLİ KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİNE İLİŞKİN İZİN

Kişisel verilerin işlenmesine ilişkin "Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Bilgilendirme"yi ("Bilgilendirme") okudum ve anladım. Bu çerçevede, kişisel verilerim ve özel nitelikli kişisel verilerimin tarafıma iletilen Bilgilendirme kapsamında belirtilen hukuki sebep ve amaçlarla, Veri Sorumlusu olan Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. tarafından işlenmesine ve söz konusu kişisel verilerimin Bilgilendirme'de belirtilen yurtiçi ve yurtdışındaki üçüncü kişilere aktarılmasına izin verdiğimi beyan ederim.

**Sigortalının/Kanuni Temsilcinin
Adı Soyadı:**

Tarih:

İmza: