

KAZA SONUCU TEDAVİ GİDERLERİ TAZMİNAT TALEP FORMU

BÖLÜM A: SİGORTALI BEYANI

(18 yaşından küçük sigortalılar için formun veli tarafından doldurulması gerekmektedir.)

Sigortalı kaza sonucu oluşan rahatsızlığı sebebi ile gerekli tüm tedavileri ve ödemelerini belgelemek zorundadır.

Talep Edilen Evraklar

- Kaza Tedavi Giderleri Teminatı Tazminat Talep Formu (sigortalı ve doktor tarafından doldurulmuş)
- Hastane/Doktor faturalarının asılları
- Doktor Reçetesinin aslı
- Eczane fişleri (reçete, ilaç küpürleri ile birlikte)
- Kaza ile ilgili doktor raporları
- Tüm röntgen filmleri ve ilgili radyoloji raporları
- Tüm laboratuvar tahlil raporları
- Trafik Kazalarında tasdikli polis ve alkol raporu
- Tüm kazalarda ve adli vakalarda tasdikli polis ve savcılık belgeleri
- Sigortalı TC Kimlik fotokopisi (ek olarak 18 yaşında küçük çocuklar için ödeme talep eden kişinin T.C. Kimlik fotokopisi de talep edilmektedir.)
- Burun travmalarında müdahale öncesinde çekilmiş nazal röntgen filmi ve raporu
- Diş travmalarında gerekli tedavi öncesinde çekilmiş panoramik röntgen filmi ve raporu
- Vakanın durumuna göre iletilen raporların tam olmaması veya yeterli bilgiyi ihtiva etmemesi halinde, sigorta şirketi daha detaylı rapor talep edebilir veya daha detaylı araştırma yapabilir.

Sigortalı Ad Soyad		Meslek	
TC Kimlik No/YKN		Doğum Tarihi/...../.....
Poliçe Numarası		Müşteri No	
Adres		Çalışılan Firma	
Banka Bilgileri (* Banka Hesabının sigortalıya ait olması gerekmektedir.)	Banka Adı		
	Şube Kodu		
	IBAN No	TR	
	Hesap Sahibi Adı Soyadı *		
İletişim Bilgileri	Tel / Faks		
	Cep		
	E-posta		
Kaza Tarihi/...../.....	Kaza Saati	
Kazanın Meydana Geliş Şekli (Detaylı açıklayınız.)			
Yatış / Taburcu Tarihleri (var ise)	Yatış Tarihi/...../.....	Taburcu Tarihi

- 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 sağlık, tıbbi geçmiş, doktor tavsiyesi ve teşhisi, tedavi süreci, hastalık ya da rahatsızlık bilgilerimi Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye vermeye yetkili kılıyorum. Bu formun fotokopisi alınan yetki açısından orijinali kadar geçerlidir
- Yukarıda belirtilmiş olan banka hesap bilgilerinin bana ait olduğunu teyit eder, tazminat talebimin onaylanması durumunda ödemenin yukarıda belirtilmiş olan banka hesabına yapılmasını talep ederim.
- 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 mükellefiyeti olan danışman, broker, reasürör, hizmet sağlayıcı ve acenteler gibi üçüncü partilere paylaşılmasına ve bu taraflarca işlenmesine açıkça muvafakat ettiğimi iş burada beyan ederim.

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

KAZA SONUCU TEDAVİ GİDERLERİ 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.

Hastanın Adı Soyadı		Hastanın Yaşı	
Başvuru Tarihi/...../.....	Başvuru Saati	
Kaza Tarihi/...../.....	Kaza Saati	

Hastanın şikâyeti ve kazanın oluşum şeklini açıklayınız.

Hastanın şikâyeti dıştan gelen, ani bir fiziksel etken sonucu mu oluşmuştur? (Travma, Darbe, Kaza vb.) Lütfen açıklayınız.

Ameliyat veya cerrahi müdahale yapıldıysa detaylarını açıklayınız.

Hastane yatışı yapıldıysa giriş ve çıkış tarihlerini belirtiniz.

Uygulanan tedavi ve tetkik sonuçlarını açıklayınız.

Maluliyet varsa muhtemelen ne zaman sona erer? (İşini yapmasına tamamen engel bir maluliyet midir?)

Sözü edilen şikâyetlerin evveliyatı var mıdır? Varsa, lütfen detaylı olarak açıklayınız.

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

VERİ SORUMLUSUNA İLİŞKİN BİLGİLER

Ticari Ünvan: KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş.

Adres: Saray Mahallesi Dr. Adnan Büyükdeniz 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 Aktarıma 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 aktarılabılır. 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 aktarılabılır.

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 bilgilendirmede belirtilen yurtiçi ve yurtdışındaki üçüncü kişilere aktarılmasına izin verdiğimi beyan ederim.

Sigortalının Adı Soyadı:

Tarih:

İmza: