

VEFAT TEMİNATI - TAZMİNAT TALEP FORMU

BÖLÜM A: LEHTAR BEYAN FORMU

(Tazminat başvurusunda bulunan her bir lehtar tarafından doldurulacaktır.)

Sigortalı Ad Soyad	
Kızlık Soyadı (Evliliğe)	
T.C. Kimlik No/YKN	
Doğum Tarihi/...../.....
Müşteri No	
Poliçe Numarası	
Diğer Poliçeler (Sigortalının başka bir şirketten poliçesi var ise lütfen sigorta şirketi adı ve poliçe numaralarını belirtiniz.)	

Sigortalının Vefatına İlişkin Bilgiler

Vefat Sebebi	<input type="checkbox"/> KAZA <input type="checkbox"/> ECELEN/HASTALIK <input type="checkbox"/> İNTİHAR <input type="checkbox"/> CİNAYET <input type="checkbox"/> BELİRSİZ
Vefat Yeri	
Vefat Tarihi/...../.....
Vefat Tarihindeki İş/Görevi	
Vefat Edenin En Son İşe Gidiş Tarihi	

Vefat eden kişide hastalığın ilk belirtileri ne zaman ortaya çıkmıştır?

Vefat eden kişi hastalığı ile ilgili doktora ilk ne zaman gitmiştir?

Son 5 yıl içinde hatırladığınız kadarıyla merhumu tedavi eden doktorların isim ve iletişim bilgilerini yazınız. Kurumumuz gerekli görmesi halinde sigortalımızın geçmiş tedavilerine ait araştırma yapabilir.

Merhum son 5 yıl içinde hastane, sanatoryum, düşkünler evi veya benzer bir kurumda tedavi oldu mu? Eve ise açıklayınız.

Sigorta Tazminatına Başvuran Lehtar Bilgileri		
Tazminat Talep Türü	<input type="checkbox"/> ASALETEN	<input type="checkbox"/> VELAYETEN <input type="checkbox"/> VASİ
Yakınlık Derecesi		
Lehtar Adı Soyadı		
T.C. Kimlik No/YKN		
Meslek		
Çalışılan Firma		
İletişim Bilgileri	Tel / Faks	
	Cep Tel	
	E-Posta	
	Adres	
Banka Bilgileri (*) Banka Hesabının sigortalıya ait olması gerekmektedir.	Banka Adı	
	Şube Kodu	
	IBAN No	TR
	Hesap Sahibi Adı Soyadı*	

Banka hesabının tazminata hak kazanan lehtara ait olması gerekmektedir.

- Aşağıda imzası bulunan şahıs formla tazminat talebinde bulunduğunu ve sigortalıyı tedavi eden bütün doktorların yazılı belgelerinin ve yeminli ifadelerinin bu vefat kanıtlarının bir parçası oluşturacağını kabul eder, şirket tarafından verilen ve kabul edilen bu form veya ek formlar, şirketin tazminat başvurusunda bulunan kişinin sigorta hak sahibi olduğunu kabul ettiğini ve şirket hak ve müdafalardan feragatta bulunduğunu göstermez.
- İmza sahibi, işbu form ile bütün doktorları, hastaneleri, sağlık kuruluşlarını, klinikleri, eczaneleri, laboratuvarları, işverenleri, sigorta şirketini ya da başka bir resmi ve özel kuruluşu Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.' ye hastalıkla ilgili geçmiş bilgilerini, konsültasyonları, tedavileri, bütün hastane kayıt ve tedavi bulgularını vermeye yetkili kılar. Bu beyanın her bir fotokopisi aslı gibi kabul edilecektir.
- 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.

Lehtar Adı Soyadı	Tarih	İmza
/...../.....	

VEFAT TEMİNATI - 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.

Vefat Eden Sigortalı Ad Soyad	
Doğum Tarihi/...../.....
Vefat Yeri	
Vefat Tarihi/...../.....

Sigortalının Vefatına İlişkin Bilgiler

Vefat Sebebi	<input type="checkbox"/> KAZA	<input type="checkbox"/> ECELEN/HASTALIK	<input type="checkbox"/> İNTİHAR	<input type="checkbox"/> CİNAYET	<input type="checkbox"/> BELİRSİZ
Vefat Sebebinin Detayı (Lütfen vefat sebebi hakkında detaylı bilgi veriniz. Tanı, şikâyet, oluşum şekli gibi)					
Vefatı Etkileyen Diğer Sebep veya Hastalıklar					
Diğer Sebep veya Hastalıklar (Varsa)			Başlama Tarihi		
		/...../.....		
Otopsi Resmi Soruşturma	Vefat ile ilgili otopsi yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR		
	Vefat ile ilgili resmi soruşturma yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR		
Hastalığın Geçmişi (Hastalık sonucu vefat ise lütfen doldurunuz)	En son geçirdiği hastalık için ilk muayene tarihini yazınız.				
	En son geçirdiği hastalık için son muayene tarihini yazınız.				
Son geçirdiği hastalıktan önce vefat eden kişiyi tedavi ettiniz veya tavsiyede buldunuz mu? (Evet, ise lütfen bilgi veriniz.)					

Bilgileriniz çerçevesinde, vefat eden kişi son 5 yıl içinde başka bir doktor tarafından tedavi oldu mu?
Hastane veya buna benzer bir kurumda kaldı mı? (Evet, ise lütfen bilgi veriniz)

Doktor/Hastane Adı	
Doktor/Hastane Adresi	
Hastalığın İçeriği	
Tarih/...../.....

Yukarıdaki bilgilerin tam ve doğru olduğunu teyit ederim.

Tarih/...../.....
Doktor Adı Soyadı	
İmza / Kaşe	
İletişim Bilgileri (Kurum adı- Telefon)	

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 aktarılabilir. 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.

**Kanuni Varisin/Lehtarın
Adı Soyadı:**

Tarih:

İmza: