

**KRİTİK HASTALIKLAR - TAZMİNAT TALEP FORMU****BÖLÜM A: SİGORTALI BEYANI**

Sigortalı Ad Soyad		Meslek	
TCKN/YKN/PNO		Doğum Tarihi	...../...../.....
Poliçe Numarası		Müşteri No	
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		
	Adres		
	E-Posta		
Alışkanlıklarınız Evet ise lütfen detaylarını belirtiniz.	Sigara	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Miktar/Gün: ..... Kaç Yıldır: .....
	Alkol	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Miktar/Gün: ..... Kaç Yıldır: .....
Hastalığın Tanımı (* İlgili hastalığın poliçenizde kapsam altında olduğunu lütfen kontrol ediniz.)	<input type="checkbox"/> Miyokard Enfarktüsü (Kalp Krizi) <input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Ana Organ Nakli		
	<input type="checkbox"/> Körlük <input type="checkbox"/> Koroner Arter Bypass Ameliyatı <input type="checkbox"/> Paralizi (Felç) <input type="checkbox"/> Önemli Yanıklar		
	<input type="checkbox"/> Hastalık Sonucu İnme <input type="checkbox"/> Kalp Kapakçığı Ameliyatı <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Multiple Skleroz (MS)		
	<input type="checkbox"/> Aort Ameliyatı		
*Diğer .....			
Hastalığın Sebebi (Hastalığın oluşum sebebi bunlardan biri ise lütfen belirtiniz)	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> İlaç Kullanımı <input type="checkbox"/> Alkol Kullanımı <input type="checkbox"/> Hiçbiri		
Hastalığın Geçmişi	Şikâyetlerin Başlama Tarihi		
	İlk Doktora Gidiş Tarihi		
	Tedavi Eden Doktor Ad Soyad		

• 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 kılardım. 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 mükellefiyeti 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
	...../...../.....	

## KRİTİK HASTALIKLAR - TAZMİNAT TALEP FORMU

### BÖLÜM B: TEDAVİ EDEN 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			
Hastalığın Tıbbi Geçmişi Şikâyet(ler), Şikâyet Süresi, Belirtileri			
Hastayı İlk Görüş Tarihi	...../...../.....	Kesin Teşhis Tarihi	...../...../.....
Tanı			
Sigara / Alkol Kullanımı	Sigara	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Miktar/Gün: ..... Kaç Yıldır: .....
	Alkol	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Miktar/Gün: ..... Kaç Yıldır: .....
Önceki Tetkik ve Tedaviler			
Teşhis Detayı			
Tedavi ve Ameliyat Detayı			
Hastalığın Sebebi	<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> İlaç Kullanımı <input type="checkbox"/> Alkol Kullanımı <input type="checkbox"/> Hiçbiri		

### LÜTFEN TANI İLE UYUMLU BÖLÜMÜ DOLDURUNUZ

Tanı	Soru	Yanıt	İstenen Tetkik & Tedavi Raporları
<b>Kalp Krizi</b>	Göğüs ağrısı mevcudiyeti	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Laboratuvar sonuçları <input type="checkbox"/> EKG örneği
	Tipik EKG değişikliği	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Anjiyografi raporu <input type="checkbox"/> Ekokardiyografi (varsa)
	Enzim yüksekliği	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Diğer .....
<b>Kanser</b>	Kesin tanı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Patoloji raporu sonuçları <input type="checkbox"/> Ameliyat varsa raporu / Epikriz
	Cerrahi gerekli midir?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
<b>Koroner Arter Hastalığı ve Cerrahisi (CABG/By-Pass)</b>	Koroner arter değişimi / Grefti mevcut mudur?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> EKG örneği <input type="checkbox"/> Laboratuvar sonuçları <input type="checkbox"/> Anjiyografi raporu <input type="checkbox"/> Ekokardiyografi (varsa) <input type="checkbox"/> Ameliyat raporu / Epikriz

<b>İnme / Felç / Multiple Skleroz)</b>	Kalıcı nörolojik hasar mevcut mudur?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Laboratuvar sonuçları <input type="checkbox"/> Nörolojik tetkikler ve yorumları <input type="checkbox"/> Yatış varsa raporu / Epikriz
<b>Körlük</b>	Geriye dönüşsüz/kalıcı mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Tüm tıbbi detaylar
<b>Böbrek Yetersizliği</b>	Böbrek hasarı kalıcı mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> BT, doppler, USG vb. <input type="checkbox"/> Laboratuvar sonuçları <input type="checkbox"/> Renal arter anjiyo raporu(varsa) <input type="checkbox"/> Epikriz / Hekim beyanı <input type="checkbox"/> Diğer .....
	Diyaliz gerekir mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
<b>Önemli Yanıklar</b>	Hayati risk mevcut mudur?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Laboratuvar sonuçları <input type="checkbox"/> Görüntüleme sonuçları <input type="checkbox"/> Ameliyat raporu / Epikriz
	Yanık derecesi	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	Cerrahi müdahale var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
<b>Kalp Kapakçığı Ameliyatı</b>	Kapakçık(lar) değişimi/Grefti mevcut mudur?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Laboratuvar sonuçları <input type="checkbox"/> EKG örneği <input type="checkbox"/> Anjiyografi raporu <input type="checkbox"/> Ekokardiyografi (varsa) <input type="checkbox"/> Ameliyat raporu / Epikriz
	Patoloji doğumsal mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
<b>Koma</b>	Nedeni, süresi, prognozu		<input type="checkbox"/> Tüm görüntüleme sonuçları <input type="checkbox"/> Tüm laboratuvar sonuçları <input type="checkbox"/> Tüm konsültasyon notları <input type="checkbox"/> Varsa ameliyat notları <input type="checkbox"/> Epikriz / Hekim beyanı <input type="checkbox"/> Diğer .....
<b>Aort Ameliyatı</b>	Aort kapak değişimi/Grefti mevcut mudur?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Laboratuvar sonuçları <input type="checkbox"/> EKG örneği <input type="checkbox"/> Anjiyografi raporu <input type="checkbox"/> Ekokardiyografi (varsa) <input type="checkbox"/> Ameliyat raporu / Epikriz
	Patoloji doğumsal mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
<b>Ana Organ Nakli</b>	Tıbbi detay	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Tüm görüntüleme sonuçları <input type="checkbox"/> Tüm laboratuvar sonuçları <input type="checkbox"/> Tüm konsültasyon notları <input type="checkbox"/> Ameliyat notları <input type="checkbox"/> Epikriz / Hekim beyanı <input type="checkbox"/> Diğer .....
	Patoloji doğumsal mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	

Doktor Adı Soyadı	Adres / Kurum Adı	İmza / Kaşe	Tarih
			...../...../.....

## KRİTİK HASTALIKLAR - TAZMİNAT EVRAK LİSTESİ

No	Evrak Adı	Açıklama
1	Sigortalı Dilekçesi	Sigortalının bu hastalıkla ilgili olarak şikâyetlerinin neler olduğu, ilk olarak ne zaman ortaya çıktığı, ilk olarak hangi hekim ve/veya hastanelere gittiği (isim ve telefon no'ları ile birlikte), tavsiye edilen/ uygulanan tedavi detayları ve daha başka hekim veya hastaneye müracaatları oldu ise yine isim ve telefon numaralarının belirtildiği detaylı bir yazılı beyan yazması gerekmektedir.
2	Kritik Hastalıklar Tazminat Talep Formu	Ekte 1. ve 2. Sayfalarda yer alan formlardır. Bu formda sigortalının doldurması gereken bir bölüm ve sigortalının doktoru tarafından doldurulması gereken ve bazı hastalıklar için ayrı ayrı bölümler bulunmaktadır. Bu formu doldururken tüm soruların cevaplandırılması gereklidir. Bu formu <b>sadece sigortalı ve doktor doldurarak</b> imzalamalıdır.
3	Tetkik, Tedavi, Ameliyat Raporları	Tüm röntgen, MR, tomografi, elektro, elektroensefalografi, EKO, elektromiyografi, anjiyografi, yapılan biyopsi, patoloji sonuçları, laboratuvar tahlillerinin tasdikli birer kopyalarının iletilmesi gereklidir. Orijinallerinin iletilmesi halinde ve gerekli inceleme sonucunda sigortalının yazılı talebine istinaden orijinal evraklar iade edilebilecektir.
4	Hastane Yatılı Tedavi Dosyası	Hastaneye yatış hallerinde tüm hastane dosyasının fotokopisi iletilmelidir. Takip çizelgeleri, ameliyat raporları, tetkik sonuçları, taburcu raporu gibi
5	Detaylı Epikriz	Takip edilen doktor tarafından hastalığın tıbbi hikâyesi, özgeçmiş, tedavisi ve seyri ile ilgili detaylı bir rapor (EPİKRİZ) yazılması ve iletilmesi gereklidir.
6	Sigortalı Kimlik Fotokopisi	Sigortalının kimlik fotokopisi talep edilmektedir.
7	Diğer sigorta poliçeleri	Eğer sigortalının bir başka özel sigorta şirketinden de sağlık/ hayat poliçesi var ise şirket ismi ve poliçe numarasının iletilmesi gerekmektedir.

- 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.

## KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDA BİLGİLENDİRME

### 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

#### a) Kişisel Verilerin İşlenme Amaçları ve Hukuki Sebepleri:

Veri sorumlusu olan şirketimiz Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. tarafından kişisel verileriniz olan kimlik, iletişim, finans; 4632 sayılı Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu ve 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu başta olmak üzere ilgili mevzuattan kaynaklanan yükümlülüklerimizi yerine getirmek; ürün ve hizmetlerimizi sunmak; işlem sahiplerinin bilgilerini tespit etmek; elektronik veya fiziki ortamda gerçekleştiren işlemlere dayanak olan tüm kayıt ve belgeleri oluşturmak, düzenlemek ve saklamak; kamu otoritelerinin kararlarına uyum sağlamak; bilgilendirme, pazarlama, tanıtım satış, mesafeli satış ve istatistik faaliyetlerini gerçekleştirmek; bilgilendirme, tanıtım, pazarlama, kampanya, promosyon ve satış işlemleriyle ilgili olarak tarafınızla iletişime geçmek; hizmet kalitesini artırmak; risk analizi, fiyatlandırma, hasar ve tazminat değerlendirme süreçlerini yürütmek; hasar ve tazminatları ödemek; asistans hizmetleri tedarik etmek; sigorta ve bireysel emeklilik sözleşmeleri kapsamındaki tahsilatları gerçekleştirmek, sigorta ve bireysel emeklilik sözleşmelerinin kurulması ve ifasıyla ilgili her türlü işlemi gerçekleştirebilmek; Bireysel Emeklilik mevzuatı ile ilgili diğer mevzuattan kaynaklanan bilgi ve belge saklama, raporlama ve bilgi verme yükümlülüklerini yerine getirmek; gerektiği takdirde Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, adli makamlar, icra daireleri, tüketici hakem heyetleri, Sigorta Tahkim Komisyonu ve diğer resmi otoriteler nezdindeki tüm hukuki süreç ve işlemleri gerçekleştirmek amaçlarıyla işlenmektedir.

Özel nitelikli kişisel verileriniz olan sağlık bilgileri ise bireysel emeklilik ve sigorta sözleşmelerine ilişkin risk analizi, fiyatlandırma, tazminat ve hasar değerlendirmesi yapmak; hasar ve tazminatları ödemek, asistans hizmetlerini tedarik etmek; Bireysel Emeklilik Mevzuatı ile ilgili diğer mevzuattan kaynaklanan bilgi ve belge saklama, raporlama ve bilgi verme yükümlülüklerini yerine getirmek, gerektiği takdirde Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, adli makamlar, icra daireleri, tüketici hakem heyetleri, Sigorta Tahkim Komisyonu ve diğer resmi otoriteler nezdindeki tüm hukuki süreç ve işlemleri gerçekleştirmek, elektronik veya fiziki ortamda gerçekleştirilen işlemlere dayanak olan tüm kayıt ve belgeleri oluşturmak, düzenlemek ve saklamak amaçlarıyla işlenmektedir (Özel nitelikli kişisel veriler, kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, 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, posta ve kurye şirketlerine, asistans ve reasürans hizmet sağlayıcılarına, veri saklama şirketine, Şirketimiz acentelerine ve çağrı merkezine, bilgi teknolojileri ve yazılım geliştirme çözüm ortaklarına, provizyon şirketlerine, Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Sosyal Güvenlik Kurumu, Gelir İdaresi Başkanlığı, Emeklilik Gözetim Merkezi, Takasbank, Sigorta Tahkim Komisyonu, adli makamlar, icra daireleri, tüketici hakem heyetleri, noterler ve diğer resmi otoritelere 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 dahil 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 oluşturmak ve düzenlemek; kamu otoritelerinin kararlarına uyum sağlamak, pazarlama, tanıtım, satış ve istatistik faaliyetlerini gerçekleştirmek, bilgilendirme, tanıtım, pazarlama, kampanya, promosyon ve satış işlemleriyle ilgili olarak tarafınızla iletişime geçmek, sigorta ve bireysel emeklilik sözleşmeleri kapsamındaki tahsilatları gerçekleştirmek, hizmet kalitesini artırmak, risk analizi, fiyatlandırma, hasar ve 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 sigorta ve bireysel emeklilik ürün ve hizmetlerimizi sunmak, hasar ve tazminat değerlendirmesi yapmak, asistans hizmetleri tedarik etmek ve hasar ve tazminat ödemelerini yapmak amacıyla hizmet aldığımız yurt içi ve dışında bulunan şirketlere, posta ve kurye şirketlerine, asistans ve reasürans hizmet sağlayıcılarına, veri saklama şirketine, Şirketimiz acentelerine ve çağrı merkezine, bilgi teknolojileri ve yazılım geliştirme çözüm ortaklarına, provizyon şirketlerine, Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Sosyal Güvenlik Kurumu, Gelir İdaresi Başkanlığı, Emeklilik Gözetim Merkezi, Takasbank, Sigorta Tahkim Komisyonu, adli makamlar, icra daireleri, tüketici hakem heyetleri, noterler ve diğer resmi otoritelere aktarılabılır.

**c) Verilerin Toplanma Yöntemi ve Hukuki Sebepleri:**

Kişisel ve özel nitelikli kişisel verileriniz şirketimiz tarafından açık rıza, sözleşmelerin kurulması veya ifası, şirketimize ait hukuki yükümlülüklerin yerine getirilmesi hukuki sebeplerinden birine dayanmak suretiyle doğrudan sizden ya da acentelerimiz, çalıştığımız brokerler, çağrı merkezi, dijital kanallarımız, internet şubelerimiz, mobil uygulamalarımız, yazılım paketlerimizden, hukuki ve sağlık istihbarat kuruluşlarından ve ilgili mevzuatın izin verdiği durumlarda Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, sigorta şirketleri ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarından 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.

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:**

Kişisel verilerinizin işlenmesine ilişkin haklarınız kanunun "İlgili kişinin hakları" başlıklı 11'inci maddesinde düzenlenmektedir. İlgili maddeden kaynaklanan taleplerinizi, Kanun ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e uygun şekilde yazılı olarak veya kayıtlı elektronik posta (KEP) adresi, güvenli elektronik imza, mobil imza ya da ilgili kişi tarafından şirketimize daha önce bildirilen, sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresini kullanmak suretiyle web sayfamızda yer alan veri sahibi talep formu yardımıyla iletebilirsiniz.

Şirketimiz başvurularınızda yer alan taleplerinizi, bunların niteliğine göre en kısa sürede ve en geç otuz gün içerisinde sonuçlandıracaktır. Şirketimiz tebliğ m.7 uyarınca taleplerinize ilişkin olarak sizden ücret talep edebilir.

**SİGORTALI BEYANI**

Yukarıda yer alan açıklamaları okudum, anladım ve bilgilendim. Bilgilendirme Yazısı'nın bir nüshasını teslim aldım.

**Sigortalı Ad Soyad:****TCKN /YKN/ PNO:****Tarih:****İmza:**

## KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDA AÇIK RIZA ONAYI

Şirket bünyesinde bulunan şahsıma ait her türlü kişisel verinin 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve sair mevzuat kapsamında öngörülen düzenlemelere tabi olduğunu ve bu hususta Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin tarafıma ilgili kanun ve sair mevzuat kapsamındaki haklarımla ilgili olarak tam ve açık bir bilgilendirme yaptığını kabul ve beyan ederim.

1. Özel nitelikli kişisel verilerim olan sağlık bilgileri şirket tarafından (i) bireysel emeklilik ve sigorta sözleşmelerine ilişkin risk analizi, fiyatlandırma, tazminat ve hasar değerlendirmesi yapılması; hasar ve tazminatların ödenmesi, asistans hizmetlerinin tedarik edilmesi; Bireysel Emeklilik Mevzuatı ile ilgili diğer mevzuattan kaynaklanan bilgi ve belge saklama, raporlama ve bilgi verme yükümlülüklerinin yerine getirilmesi, gerektiği takdirde Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, adli makamlar, icra daireleri, tüketici hakem heyetleri, Sigorta Tahkim Komisyonu ve diğer resmi otoriteler nezdindeki tüm hukuki süreç ve işlemlerin gerçekleştirilmesi, elektronik veya fiziki ortamda gerçekleştirilen işlemlere dayanak olan tüm kayıt ve belgelerin oluşturulması, düzenlenmesi ve saklanması amaçlarıyla işlenmesine, (ii) ilgili mevzuata uygun şekilde sigorta ve bireysel emeklilik ürün ve hizmetlerinin sunulması, hasar ve tazminat değerlendirmesi yapılması, asistans hizmetleri tedarik edilmesi, hasar ve tazminat ödemelerinin gerçekleştirilmesi amaçlarıyla hizmet aldığı yurt içi ve dışında bulunan şirketlere, posta ve kurye şirketlerine, asistans ve reasürans hizmet sağlayıcılarına, veri saklama şirketine, şirketimiz acentelerine ve çağrı merkezine, bilgi teknolojileri ve yazılım geliştirme çözüm ortaklarına, provizyon şirketlerine, Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Sosyal Güvenlik Kurumu, Gelir İdaresi Başkanlığı, Emeklilik Gözetim Merkezi, Takasbank, Sigorta Tahkim Komisyonu, adli makamlar, icra daireleri, tüketici hakem heyetleri, noterler ve diğer resmi otoritelere aktarılmasına, hukuki ve sağlık istihbarat eliyle araştırma yapılması her türlü bilgi ve evrakların temin edilmesine,

2. Kişisel verilerimin kimlik, iletişim, finans olmak üzere şirket tarafından (i) satış, mesafeli satış, istatistik, tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin planlanması ve gerçekleştirilmesi, hacim arttırmaya yönelik tanıtım faaliyetlerinin yürütülmesi, bilgilendirme, tanıtım, pazarlama, kampanya, promosyon ve satış işlemleriyle ilgili olarak tarafımla iletişime geçilmesi amaçlarıyla işlenmesine, (ii) sigorta ve bireysel emeklilik sözleşmelerin kurulması için fiyatlandırma kapsamında hakkımda hasar geçmişi araştırması yapılması amacıyla posta ve kurye şirketlerine, asistans ve reasürans hizmet sağlayıcılarına, veri saklama şirketine, şirketimiz acentelerine ve çağrı merkezine, bilgi teknolojileri ve yazılım geliştirme çözüm ortaklarına, provizyon şirketlerine, Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Sosyal Güvenlik Kurumu, Gelir İdaresi Başkanlığı, Emeklilik Gözetim Merkezi, Takasbank, Sigorta Tahkim Komisyonu, adli makamlar, icra daireleri, tüketici hakem heyetleri ve noterlere aktarılmasına hiçbir baskı altında kalmadan hür irademle izin verdiğimi beyan ederim.

**Sigortalı Ad Soyad:**

**TCKN /YKN/ PNO:**

**Tarih:**

**İmza:**