

## VEFAT TAZMİNAT FORMU

### BÖLÜM A: LEHTAR BEYAN FORMU

(Tazminat başvurusunda bulunan her bir lehtar tarafından doldurulacaktır.)

Sigortalı Ad Soyad	
Kızlık Soyadı (Evli ise)	
TCKN/YKN/PNO	
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 İşi/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 kadarı ile 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? Evet 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			
TCKN/YKN/PNO			
Meslek			
Çalışılan Firma			
İletişim Bilgileri	Tel / Faks		
	Cep Tel		
	E-Posta		
	Adres		

**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 müdafalarından feragatta bulunduğunu göstermez.

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

## VEFAT TAZMİNAT 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)	

## HEKİMLER İÇİN KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ VE İLGİLİ KİŞİNİN HAKLARINA İLİŞKİN AYDINLATMA METNİ

### Veri Sorumlusuna İlişkin Bilgiler

**Ticari Unvan:** Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

**Adres:** İnkılap Mahallesi Dr. Adnan Büyükdenez Caddesi No: 2 Akkom Ofis Park 3. Blok Kelif Plaza Kat: 2 Ümraniye/İstanbul

**Tel-Fax:** 2169998100 - 2166921122

**Tic. Sic. No:** 895027-0

**Vergi No:** 5280641047

**Mersis No:** 0528064104700018

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. ("**Katılım Emeklilik**") veri sorumlusu sıfatıyla, kişisel verilerinizin 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("**KVKK**") ve ikincil düzenlemelerine ("**KVK mevzuatı**") uygun olarak işlenmesi süreçlerinde verilerin hukuka aykırı olarak kullanılmasını önlemek, muhafazasını sağlamak ve mevzuat uyarınca uygun güvenlik düzeyini sağlamak için gerekli tüm tedbirleri almakta ve azami hassasiyeti göstermektedir.

İşbu KVK Aydınlatma Metni, Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. olarak veri sorumlusu sıfatıyla KVK mevzuatından kaynaklanan aydınlatma yükümlülüğümüzün yerine getirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

### İşlediğimiz Kişisel Verileriniz, İşlenme Amaçları ve Hukuki Sebepleri

Muayene etmiş olduğunuz sigortalımızın Hayat ya da Ferdi Kaza Sigortası poliçesinden kaynaklanan haklarını kullanabilmesi ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigortalı giderlerinin karşılanması ve tazminatın ödenmesi, tazminat taleplerinin değerlendirilmesi, ödemenin yapılıp yapılamayacağına ilişkin tespiti, Katılım Emeklilik'in taraf olduğu dava ve icra takiplerinin yürütülmesi amaçlarıyla tazminat talep formları doktor beyanı bölümünde yer alan adınız soyadınız, unvanınız, imza, diploma no ve iletişim bilgileriniz KVKK'nın 5'inci maddesinin 2'nci fıkrasının (c) bendi uyarınca sigorta sözleşmesinin kurulması ve ifasıyla doğrudan doğruya ilgili olması kaydıyla, sözleşmenin taraflarına ait Kişisel Verilerin işlenmesinin gerekli olması hukuki sebebiyle, KVKK'nın 5'inci maddesinin 2'inci fıkrası (ç) bendi uyarınca veri sorumlusunun hukuki yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için zorunlu olması; hukuki sebebiyle, KVKK'nın 5'inci maddesinin 2'nci fıkrasının (e) bendi uyarınca bir hakkın tesisi, kullanılması veya korunması için veri işlemenin zorunlu olması hukuki sebeplerine dayanarak işlenebilecektir.

Verileriniz, güvenli ortamlarda saklanmakta ve yetkisiz kişilerin erişimini önlemek üzere her türlü önlem alınmaktadır.

Kişisel verileriniz şirketimiz tarafından her türlü sözlü, yazılı, elektronik ortamda; teknik ve sair yöntemlerle, yukarıda yer verilen amaçların gerçekleştirilmesi amacıyla ve/veya KVKK mevzuatı, sözleşme, talep ve isteğe dayalı hukuki sebepler çerçevesinde yasadan doğan sorumlulukların eksiksiz ve doğru bir şekilde yerine getirilebilmesi için toplanarak işlenir.

### Kişisel Verilerinizi Aktardığımız Kişi/Kuruluşlar ile Kişisel Verilerinizin Aktarılma Amaçları

Şirketimiz tarafından Kişisel Verileriniz hukuki işlemlerin ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi amacıyla ilgili kamu ve sağlık kuruluşlarına, adli makamlara, vekalet ilişkisi içerisinde olduğumuz avukatlara, tıbbi danışmanlık hizmeti aldığımız hekimlere mevzuatın izin verdiği ve gerektiği ölçüde aktarılabilir.

KVKK'nın "İlgili kişinin hakları" başlıklı 11'inci maddesi uyarınca sahip olduğunuz haklar aşağıdaki gibidir;

- Kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel verilerin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- Kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,
- 7'nci maddede öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- İşlenen verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle kişinin kendisi aleyhine bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- Kişisel verilerin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğraması hâlinde zararın giderilmesini talep etme

İlgili maddeden kaynaklanan taleplerinizi, Kanun ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e ("**Tebliğ**") uygun şekilde yazılı olarak "İnkılap Mahallesi Dr. Adnan Büyükdeniz Caddesi No: 2 Akkom Ofis Park 3. Blok Kelif Plaza Kat: 2 Ümraniye/İstanbul" adresine veya "**katilimemeklilik@hs03.kep.tr**" kayıtlı elektronik posta (KEP) adresine, güvenli elektronik imza, mobil imza ya da ilgili kişi tarafından Şirketimize daha önce bildirilen sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresini kullanmak suretiyle "**info@katilimemeklilik.com.tr**" adresine "**https://www.katilimemeklilik.com.tr/bilgilendirme/kisisel-verilerin-korunmasi**" web sayfamızda yer alan veri sahibi talep formu yardımıyla iletebilirsiniz.

Şirketimiz başvurularınızda yer alan taleplerinizi, bunların niteliğine göre en kısa sürede ve en geç 30 (otuz) gün içerisinde sonuçlandıracaktır. Şirketimiz, Tebliğ m.7 uyarınca taleplerinize ilişkin olarak sizden ücret talep edebilir.

## LEHDARLAR İÇİN KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ VE İLGİLİ KİŞİNİN HAKLARINA İLİŞKİN AYDINLATMA METNİ

### Veri Sorumlusuna İlişkin Bilgiler

**Ticari Unvan:** Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

**Adres:** İnkılap Mahallesi Dr. Adnan Büyükdeniz Caddesi No: 2 Akkom Ofis Park 3. Blok Kelif Plaza Kat: 2 Ümraniye/İstanbul

**Tel-Fax:** 2169998100 - 2166921122

**Tic. Sic. No:** 895027-0

**Vergi No:** 5280641047

**Mersis No:** 0528064104700018

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. ("**Katılım Emeklilik**") veri sorumlusu sıfatıyla, kişisel verilerinizin 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("**KVKK**") ve ikincil düzenlemelerine ("**KVK mevzuatı**") uygun olarak işlenmesi süreçlerinde verilerin hukuka aykırı olarak kullanılmasını önlemek, muhafazasını sağlamak ve mevzuat uyarınca uygun güvenlik düzeyini sağlamak için gerekli tüm tedbirleri almakta ve azami hassasiyeti göstermektedir.

İşbu KVK Aydınlatma Metni, Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. olarak veri sorumlusu sıfatıyla KVK mevzuatından kaynaklanan aydınlatma yükümlülüğümüzün yerine getirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

### İşlediğimiz Kişisel Verileriniz, İşlenme Amaçları

Mirasçısı olduğunuz sigortalının şirketimiz ile yapmış olduğu Hayat ya da Ferdi Kaza Sigortası şartları uyarınca sigortalının vefatı üzerine bize yapmış olduğunuz bildirim ile tarafımıza iletmış olduğunuz sözlü ve yazılı taleplerinizde yer verdiğiniz kimlik, iletişim, meslek, çalışılan firma ve banka hesap bilgileriniz Katılım Emeklilik tarafından;

- Kimliğinizi doğrulamak,
- Sözleşme süreçlerinin yürütülmesi,
- Hukuki süreçlerin takibi, hukuki yükümlülüklerin yerine getirilmesi,
- Bilgi verme yükümlülüğümüz olan kamu kurumlarınca istenilen bilgilerin saklanması, raporlanması ve bu kurumların bilgilendirilmesi,
- Finans ve muhasebeye ilişkin süreçlerin takibi,
- Sigortalılık ve tazminat değerlendirmelerinin yapılabilmesi,
- Mirasçı olarak tarafınıza ödeme yapılabilmesi,
- Mevzuattan kaynaklanan yükümlülüklerin yerine getirilmesi;
- Tazminat taleplerinin değerlendirilmesi,
- Poliçeden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi,

amaçlarıyla işlenebilecektir.

### Kişisel Verilerin Toplanma Yöntemi ve Hukuki Sebebi

Kişisel verileriniz, Katılım Emeklilik adına veri işleyen gerçek ya da tüzel kişiler tarafından; yukarıda belirtilen amaçların gerçekleştirilmesi doğrultusunda, KVKK'nın 5/2-c maddesinde belirtilen "Bir sözleşmenin kurulması veya ifasıyla doğrudan doğruya ilgili olması kaydıyla, sözleşmenin taraflarına ait kişisel verilerin işlenmesinin gerekli olması." hukuki sebebine dayanılarak toplanmaktadır.

Yukarıda açıklanan kişisel verileriniz şirketimiz tarafından her türlü sözlü, yazılı, elektronik ortamda; teknik ve sair yöntemlerle, yukarıda yer verilen amaçların gerçekleştirilmesi amacıyla ve/veya KVKK mevzuatı, sözleşme, talep ve isteğe dayalı hukuki sebepler çerçevesinde yasadan doğan sorumlulukların eksiksiz ve doğru bir şekilde yerine getirilebilmesi için toplanır ve Katılım Emeklilik ve/veya Katılım Emeklilik tarafından görevlendirilen veri işleyenler tarafından işlenir.

### Kişisel Verilerinizi Paylaştığımız Taraflar

Kişisel verileriniz; İşbu Aydınlatma Metni'nde belirtilen amaçlarla; yurt içindeki kanunen yetkili resmi kurum ve kuruluşlar, kolluk kuvvetleri, adli makamlar, icra ve iflas daireleri, tüketici hakem heyetleri, alternatif uyuşmazlık çözüm mercileri, vekalet ilişkisi içinde olduğumuz avukatlar ile, Gelir İdaresi Başkanlığı'na, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne (SBM), Mali Suçları Araştırma Kurulu Başkanlığı'na (MASAK), Türkiye Sigorta Reasürans ve Emeklilik Sirketleri Birliği (SEDDK), acente ve brokerlar, daini mürtehin olan katılım bankaları, hissedarlarımız Kuveyt Türk Katılım Bankası A.Ş. ile Albaraka Türk Katılım Bankası A.Ş. ve reasürörler ile paylaşılabilir.

### Kişisel Veri Sahibi Olarak Haklarınız

Kişisel verilerinizin işlenmesine ilişkin haklarınızı KVKK'nın "İlgili kişinin hakları" başlıklı 11'inci maddesinde düzenlenmektedir. İlgili maddeden kaynaklanan taleplerinizi, KVKK ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e ("Tebliğ") uygun şekilde "Saray Mahallesi Dr. Adnan Büyükdeniz Caddesi No: 2 Akkom Ofis Park 3. Blok Kelif Plaza Kat: 2 Ümraniye/İstanbul" adresine yazılı olarak veya "**katilimemeklilik@hs03.kep.tr**" kayıtlı elektronik posta (KEP) adresine, güvenli elektronik imza, mobil imza ya da ilgili kişi tarafından

Şirketimize daha önce bildirilen sistemimizde kayıtlı bulunan elektronik posta adresini kullanmak suretiyle "[info@katilimemeklilik.com.tr](mailto:info@katilimemeklilik.com.tr)" adresine "<https://www.katilimemeklilik.com.tr/bilgilendirme/kisisel-verilerin-korunmasi>" internet 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.

Okudum, anladım.

Ad Soyad:

Tarih:

İmza: