

## VEFAT TEMİNATI - TAZMİNAT TALEP 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 şirket 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 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 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 müdafalarından 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.'ye 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)	

## 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 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 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 aktarılabilir. 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 aktarılabilir.

**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:**