

Kalıcı Sakatlık Tazminat Talep Formu

Bu form Kalıcı Tam veya Kısmi Sakatlık için kullanılmaktadır.

Bölüm A. Sigortalı Beyanı

Bu form sigortalı tarafından veya akli melekeleri yerinde değilse tam olarak yetkilendirilmiş vasisi tarafından veya sigortalının fiziksel yetersizliği nedeni ile bu soruları cevaplandıramıyorsa lehtar veya yakın akrabası tarafından tam ve detaylı olarak doldurabilir.

Sigortalı Bilgileri

Sigortalı Adı Soyadı			
T.C. Kimlik Numarası			
Doğum Tarihi		Police Numarası	
Cep Telefonu Numarası		Telefon No.	
İletişim Adresi			
Mesleği			
Çalıştığı Firma			

Banka Bilgileri

Banka / Şube Adı			
IBAN Numarası	TR		
Hesap Sahibinin Adı Soyadı*			

* Banka hesabının sigortalıya ait olması gerekmektedir.

Sigortalının Sakatlığına Ait Bilgiler

Sakatlığın Sebebi	Kaza <input type="checkbox"/> Hastalık <input type="checkbox"/>	Sakatlık Oranı	%
Sakatlığın Hikayesi			
Şikayetlerin Başlama Tarihi			
İlk Doktora Gidiş Tarihi			
Tedavi Eden Doktor Ad Soyad İletişim Bilgileri			

1. Ne zaman işinizi tam olarak bırakmak zorunda kaldınız?

2. Ne zaman işinizi kısmi olarak ara vermek zorunda kaldınız?

3. Sakatlığınızın başlangıcından bu yana herhangi bir işte çalıştınız mı? Evet, ise lütfen detay veriniz.

4. İşinize ne zaman dönmeyi tahmin ediyorsunuz?

5. Sahip olduğunuz diğer hayat, sağlık veya kaza sigortalarının veya devletin sağladığı sakatlık teminatları nelerdir?

- İşbu başvuru formu ile ben ve ailem hakkında bilgi ya da kayıt sahibi herhangi bir doktoru, hastaneyi, kliniği, sigorta şirketini ya da başka bir kurumu, kuruluşu ya da kişileri, sigortalı olan benim veya ailemin sağlığı, tıbbi, geçmişi, herhangi bir hastane tedavisi, doktor tavsiyesi, teşhisi, tedavisi, hastalığı ya da rahatsızlığı hakkında herhangi bir veya tüm bilgileri **MetLife Emeklilik ve Hayat Sigorta A.Ş.**'ye vermeye yetkili kılarım. Bu formun fotokopisi alınan yetki açısından orijinali kadar geçerlidir.

- **MetLife Emeklilik ve Hayat A.Ş.**'ye bildirmiş olduğum sağlık bilgilerim gibi özel nitelikli olanlar da dahil olmak üzere aileme ve şahsıma ait tüm kişisel bilgilerin, yurtiçi ve yurtdışı da dahil olmak üzere MetLife ve/veya MetLife Grup Şirketleri ile MetLife ve Grup Şirketlerine karşı gizlilik mükellefiyeti olan danışman, broker, reasürör, hizmet sağlayıcı ve acenteler gibi üçüncü partilerle paylaşılmasına ve bu taraflarca işlenmesine açıkça muvafakat ettiğimi işburada beyan ederim.

- Yukarıda belirtilmiş olan banka hesap bilgilerinin bana ait olduğunu teyit eder, tazminat talebimin onaylanması durumunda ödemenin yukarıda belirtilmiş olan banka hesabına yapılması talep ederim.

Tarih	
Sigortalı Adı Soyadı	
İmza	

Bölüm B. Doktor Beyanı

Hastayı tedavi eden doktorun formu detaylı olarak ve tüm sorulara cevap vererek tazminat talebinin değerlendirilmesinde yardımcı olur.

Sigortalıya ve Sigortalının Sakatlığına Ait Bilgiler

Sigortalı Ad Soyad			
Sakatlığın Sebebi	Kaza <input type="checkbox"/> Hastalık <input type="checkbox"/>	Sakatlık Oranı	%
Sakatlığın Türü	Tam <input type="checkbox"/> Kısmi <input type="checkbox"/>		
Sakatlığın Hikayesi			
İlk Şikayetlerin Başlama Tarihi			
İlk Doktora Gidiş Tarihi			
Sigortalıyı İlk Görüş Tarihiniz			

1. Sakatlığa sebep olan rahatsızlığın tanısı nedir?
2. Sakatlığın semptomlarını, teşhis ve prognozunu belirtiniz.
3. Sigortalı işi görevi ne olursa olsun herhangi bir işi yapmaktan tamamen alıkoyacak şekilde tam sakat mıdır?
4. Sigortalı şu anda yatalak mıdır? Evinden çıkamayacak durumda mıdır? Hangisi ise hangi tarihten beri olduğunu belirtiniz.
5. Sizce sigortalı ne zaman herhangi bir işte çalışabilir / bir işi yapabilir? Kısmi veya tam sakat olarak?
6. Sigortalı sakat ise bilginize göre ne zamandan beri işini yapamıyor ?

7. Sigortalı mevcut rahatsızlık için daha önceden hiç tedavi gördü mü? Gördü ise detay veriniz.

8. Sigortalının ailesinden herhangi biri veya şu anda bulunduğu evde herhangi birisi benzer şekilde rahatsızlandı mı? Rahatsızlandı ise kimdir? (Hastalık Sonucu ise)

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

Kalıcı Sakatlık Tazminat Evrak Listesi

1. Kalıcı Sakatlık Tazminat Talep Formu
2. Sigortalı Beyanı
3. Orijinal veya Tasdikli sakatlık yüzdesini gösteren Özürlü Sağlık Kurulu Raporu (Devlet veya Üniversite hastaneleri tarafından verilmiş olması gerekmektedir.)
4. Hastalık/Kaza ile ilgili tüm doktor ve heyet raporları
5. Orijinal veya tasdikli kaza tespit tutanağı, olay yeri inceleme raporları, alkol raporu, görgü tanıkları ifade tutanakları (Kaza sonucu ise)
6. Tedavi, ameliyat raporları ve tetkik sonuçları
7. Detaylı Epikriz
8. Sigortalı kimlik fotokopisi
9. Sigorta şirketinin isteyebileceği diğer belgeler

Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Bilgilendirme

MetLife Emeklilik ve Hayat A.Ş. ("Şirket"), müşterilerinin güvenliğini göz önünde bulundurarak, başta özel hayatın gizliliği olmak üzere, temel hak ve özgürlüklerin korunması amacıyla, kişisel verilerle ilgili olarak düzenlenen 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" ("KVKK") hakkında detaylı bilgileri aşağıda bilgilerinize sunarız.

Veri sorumlusu olarak amacımız; müşterilerimizin memnuniyeti doğrultusunda, kişisel verilerin alınma şekilleri, işleme amaçları, hukuki nedenleri ve haklar konularında müşterilerimizi en şeffaf şekilde bilgilendirmektir. Verilerin işlenmesinden kasıt, KVKK'da verilerin kaydedilmesi, depolanması, muhafaza edilmesi, değiştirilmesi, yeniden düzenlenmesi, açıklanması, aktarılması, devralınması, elde edilebilir hale getirilmesi, sınıflandırılması ya da kullanılmasının engellenmesi gibi veriler üzerinde gerçekleştirilen her türlü işlemi ifade etmektedir.

Kişisel verilerin işleme amaçları ve hukuki sebepleri; Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu, diğer ilgili mevzuat ve sözleşme kapsamında, MetLife Emeklilik ve Hayat tarafından sunulan her türlü ürün ve hizmetlerde kullanılmak üzere; işlem sahibi olarak müşteri bilgilerinin tespiti için kimlik, iletişim, sağlık ve diğer gerekli bilgileri işlemek; elektronik veya fiziki ortamda işleme dayanak olacak tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek ve yasal merciler tarafından öngörülen raporlama ve bilgilendirme yükümlülüklerine uymak ve akdedilen sözleşmenin gereğini yerine getirmektir.

Yukarıda belirtilen amaçlarla, kişisel verilerin aktarılacağı kişi / kuruluşlar; Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu ve diğer ilgili mevzuat hükümlerinin izin verdiği kişi veya kuruluşlar dahil ve bunlarla sınırlı olmamak üzere; ana hissedarımız, yurtiçi ve yurtdışı da dahil olmak üzere Şirket ve/veya Grup Şirketleri ile Şirketimiz ve Grup Şirketlerimize karşı gizlilik mükellefiyeti olan ve Şirket faaliyetlerimizi yürütmek üzere hizmet aldığımız, işbirliği yaptığımız tüm firma, danışman, broker, reasürör, hizmet sağlayıcı ve acenteler gibi tüm resmi ve özel üçüncü partilerdir.

Kişisel verilerin toplama yöntemi; Genel Müdürlük, anlaşmalı firma, danışman, broker, reasürör, hizmet sağlayıcı ve acente iş ortaklarımız, Şirket personeli, internet şubesi ve çağrı merkezi gibi kanallar aracılığıyla müşterilerimizin kişisel veri sözlü, yazılı veya elektronik ortamda toplanabilir. KVKK'nın 11. maddesi gereğince 07.10.2016 tarihi itibarıyla müşterilerimizin aşağıdaki haklara sahip olduğunu hatırlatmak isteriz:

Şirketimize başvurarak, kişisel verilerinizin;

1. İşlenip işlenmediğini öğrenme,
2. İşlenmişse bilgi talep etme,
3. İşleme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
4. Yurt içinde / yurt dışında aktarıldığı kişi/kurumları bilme,
5. Eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme,
6. KVKK'nın öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini / yok edilmesini isteme,
7. Aktarıldığı üçüncü kişilere yukarıda sayılan 5. ve 6. maddeler uyarınca yapılan işlemlerin bildirilmesini isteme,
8. Yalnız otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
9. KVKK'a aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme.

Mevzuat gereğince, Şirketimizin müşterileri ile gerçekleştirdiği işlemlere ilişkin kayıt ve belgeleri, 10 yıl süre ile saklamasına dair yasal zorunluluk söz konusudur. Kişisel verilerinizin silinmesini veya yok edilmesini talep etmeniz halinde, söz konusu 10 yıllık sürenin sonunda bu talebiniz yerine getirilecektir.