

## Kaza Tedavi Giderleri Teminatı - Tazminat Talep Formu

### Bölüm A. Sigortalı Beyanı

(18 yaşında küçük sigortalılar için formun anne/baba tarafından doldurulması gerekmektedir.)  
Sigortalı kaza sonucu oluşan rahatsızlığı sebebi ile gerekli tüm tedavileri ve ödemeleri belgelemek zorundadır.

### Sigortalı Bilgileri

Sigortalı Adı Soyadı			
T.C. Kimlik Numarası		Doğum Tarihi	
Müşteri Numarası		Poliçe Numarası	
Cep Telefonu Numarası		Telefon Numarası	
E-posta Adresi			
İletişim Adresi			
Mesleği			
Sigortalının Çalıştığı Şirket			

### Banka Bilgileri

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

\* Banka hesabının sigortalıya ait olması gerekmektedir.

### Kaza ile İlgili Bilgiler

Kaza Tarihi		Kaza Saati	
Kazanın Meydana Geliş Şekli (Detaylı açıklayınız)			
Yatış Tarihi (var ise)		Taburcu Edildiği Tarihi (var ise)	

- İşbu başvuru formu ile ben ve ailem hakkında bilgi veya kayıt sahibi herhangi bir doktoru, hastaneyi, kliniği, sigorta şirketini, 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 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 yapılmasını talep ederim.

<b>Tarih</b>	
<b>Sigortalı Adı Soyadı</b>	
<b>İmza</b>	

**Bölüm B. Tedavi Eden Doktor Beyanı**

(Doktor tarafından kendi el yazısı ile doldurulacaktır.)

**Sigortalıya ve Sigortalının Sakatlığına Ait Bilgiler**

Hastanın Adı Soyadı			
Hastanın Yaşı			
İlk Başvuru Tarihi		Başvuru Saati	
Kaza Tarihi		Kaza Saati	
<b>Hastanın Şikayeti, Kazanın Oluşum Şeklini belirtiniz.</b>			
<b>Hastanın şikayeti dıştan gelen, ani fiziksel etken sonucu mu oluşmuştur? (travma, darbe, kaza vb.) Vücudun herhangi bir yerinde kızarıklık, morluk, kanama, yara var mıydı? Lütfen açıklayınız.</b>			
<b>Ameliyat veya cerrahi müdahale yapıldıysa detaylarını belirtiniz.</b>			
<b>Hastane yatışı yapıldıysa giriş ve çıkış tarihlerini belirtiniz.</b>			
<b>Uygulanan tedavi ve tetkik sonuçlarını belirtiniz.</b>			
<b>Sakatlık varsa muhtemel ne zaman sona erer? (İşini yapmasına tamamen engel bir sakatlık)</b>			

**Sözü edilen şikayetler daha önceden var mıydı? Varsa, lütfen detaylı olarak açıklayınız.**

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

## 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 aktarılabileceği 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.

## Kaza Tedavi Giderleri Tazminat Evrak Listesi

1. Kaza Tedavi Giderleri Teminatı – Tazminat Talep Formu (Sigortalı ve doktor tarafından doldurulmuş)
2. Hastane/Doktor faturalarının asılları
3. Doktor reçetesinin aslı
4. Eczane fişleri (reçete ve ilaç kupürleri ile birlikte)
5. Kaza ile ilgili doktor raporları
6. Tüm röntgen filmleri ve ilgili radyoloji raporları
7. Tüm laboratuvar tahlil raporları
8. Trafik kazalarında tasdikli polis ve alkol raporu
9. Tüm kazalarda ve adli vakalarda tasdikli polis ve savcılık belgeleri
10. Sigortalının kimlik fotokopisi (ek olarak 18 yaşında küçük çocuklar için ödemeyi talep eden kişinin kimlik fotokopisi de talep edilmektedir.)
11. Burun travmalarında müdahale öncesinde çekilmiş nazal röntgen filmi ve raporu
12. Diş travmalarında gerekli tedavi öncesinde çekilmiş panoramik röntgen filmi ve raporu
13. Vakanın durumuna göre iletilen raporların tam olmaması veya yeterli bilgiyi içermemesi halinde, sigorta şirketi daha detaylı rapor talep edebilir veya daha detaylı araştırma yapabilir.