

Kritik Hastalıklar Teminatı Tazminat Talep Formu

Bölüm A. Sigortalı Beyanı

Sigortalı Bilgileri

Sigortalı Adı Soyadı			
T.C. Kimlik Numarası		Doğum Tarihi	
Müşteri Numarası		Poliçe Numarası	
Cep Telefonu Numarası		Telefon No.	
E-posta Adresi			
İletişim Adresi			
Mesleği			
Çalıştığı Firma (çalışıyorsa)			

Banka Bilgileri

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

* Banka hesabının sigortalıya ait olması gerekmektedir.

Hastalık ile İlgili Bilgiler

Sigara kullanıyor musunuz?	
Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Miktar/Gün : _____ Kaç Yıldır _____
Alkol kullanıyor musunuz?	
Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Miktar/Gün : _____ Kaç Yıldır _____
Hastalığın Tanımı	
Kalp Krizi <input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Ciddi Organ Nakli <input type="checkbox"/> Körlük <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Koroner Arter Hastalığı <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/> Ciddi Yanıklar <input type="checkbox"/> İnme <input type="checkbox"/> Multiple Skleroz <input type="checkbox"/> Karaciğer Yetmezliği <input type="checkbox"/> Diğer*(belirtiniz) _____	

* İlgili hastalığın Poliçenizde kapsam altında olduğunu lütfen kontrol ediniz.

Hastalığın oluşum sebebi aşağıdakilerden biri ise lütfen işaretleyiniz.		
AIDS <input type="checkbox"/> İlaç Kullanımı <input type="checkbox"/> Alkol Kullanımı <input type="checkbox"/> Hiçbiri <input type="checkbox"/>		
Hastalığın Hikayesi	Şikayetlerin Başlama Tarihi	
	İlk Doktora Gidiş Tarihi	
	Tedavi Eden Doktorun Adı Soyadı	

- 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, geçmiş, 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. Tedavi Eden Doktor Beyanı**Sigortalıya ve Sigortalının Sakatlığına Ait Bilgiler**

Hastanın Adı Soyadı			
Hastalığın Tıbbi Hikayesi; Şikayet(ler), Şikayet Süresi, Belirtileri.			
Hastanın İlk Görüş Tarihi		Kesin Teşhis Tarihi	
Tanı			
Sigara / Alkol Kullanımı			
Sigara -Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>		Miktar/Gün : _____ Kaç Yıldır _____	
Alkol - Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>		Miktar/Gün : _____ Kaç Yıldır _____	
Önceki Tetkik ve Tedavileri			
Teşhis Detayı			
Tedavi ve Ameliyat Detayı			
Hastalığın Sebebi			
AIDS <input type="checkbox"/> İlaç Kullanımı <input type="checkbox"/> Alkol Kullanımı <input type="checkbox"/> Hiçbiri <input type="checkbox"/>			

Hastalığın Tanısına İlişkin Bilgiler

Tanı	Soru	Yanıt	İstenen Tetkik & Tedavi Raporları
Kalp Krizi	Göğüs ağrısı var mıydı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lab. Sonuçları <input type="checkbox"/> EKG Sonuçları <input type="checkbox"/> Koroner Angiografi <input type="checkbox"/> Ekokardiografi
	EKG'de yeni kardiak değişiklikler var mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
	Kardiak enzimlerinde yükselme var mıydı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Kanser	Patoloji Sonucu malign midir?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patoloji, Tetkik Sonuc. <input type="checkbox"/> Ameliyat Raporu
Koroner Arter Hastalığı (CABG)	Değişen koroner arter sayısı	_____ adet	<input type="checkbox"/> Koroner Angiografi, <input type="checkbox"/> Tetkik Sonuçları, <input type="checkbox"/> Ameliyat Raporu
İnme / Felç / Multipl Skleroz	Nörolojik tetkiklerde kalıcı nörolojik sekel/hasar bulunmakta mıdır?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nörolojik Tetkikler
Körlük	Körlük tam ve geriye dönüşümsüz mü?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tetkik Sonuçları
Böbrek veya Karaciğer Yetmezliği	Kronik/ Sürekli bir böbrek veya karaciğer yetmezliği söz konusu mu?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tetkik Sonuçları

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

Kritik Hastalıklar Tazminat Evrak Listesi

No	Evrak Adı	Açıklama
1	Sigortalı Dilekçesi	Sigortalının bu hastalıkla ilgili olarak şikayetlerinin neler olduğu, ilk olarak ne zaman ortaya çıktığı, ilk olarak hangi hekim ve/veya hastanelere gittiği, (isim ve telefon numaraları 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 sadece sigortalı ve doktor doldurmalı ve imzalamalıdır.
3	Tetkik, Tedavi, Ameliyat Raporları	Tüm röntgen, MR, tomografi, elektro, elektroansefalografi, EKO, elektromyografi, 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 hikayesi, özgeçmişi, tedavisi ve seyri ile ilgili detaylı bir rapor (Epikriz) 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 varsa 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.

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.