

Vefat Teminatı - Tazminat Talep Formu

Bölüm A. Lehtar Beyan Formu

(Tazminat başvurusunda bulunan her bir lehtar tarafından doldurulacaktır.)

Sigortalının Adı Soyadı	
Kızlık Soyadı (Evli ise)	
T.C. Kimlik Numarası	
Doğum Tarihi	
Müşteri Numarası	
Poliçe Numarası/ları	
Diğer Poliçeler (Sigortalının başka bir şirketten poliçesi var ise lütfen sigorta şirket adı ve poliçe numaralarını belirtiniz.)	

Sigortalının Vefatına İlişkin Bilgiler

Vefat Sebebi	Kaza <input type="checkbox"/> Ecelen/Hastalık <input type="checkbox"/> İntihar <input type="checkbox"/> Cinayet <input type="checkbox"/> Belirsiz <input type="checkbox"/>
Vefat Yeri	
Vefat Tarihi	
Vefat Tarihindeki İşi/Görevi	
Vefat Edenin En Son İşe Gidiş Tarihi	
Vefat eden kişide hastalığın <u>ilk</u> belirtileri ne zaman ortaya çıkmıştır?	
Vefat eden kişi hastalığı ile ilgili doktora <u>ilk</u> ne zaman gitmiştir?	
Merhumu son 5 yıl içinde tedavi eden doktorların isim ve iletişim bilgileri	
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	Asaleten <input type="checkbox"/> Velayeten <input type="checkbox"/> Vasi <input type="checkbox"/>
Yakınlık	
Lehtar Adı Soyadı	
T.C. Kimlik Numarası	
Telefon /Faks Numarası	
Cep Telefon Numarası	
E-posta Adresi	
Meslek	
Çalıştığı Firma (çalışıyorsa)	
İletişim Adresi	
Banka Adı	
Şube Kodu	
IBAN Numarası	TR
Hesap Sahibinin 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 parçasını 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 şirketin hak ve müdafalardan feragatta bulunduğunu göstermez.
- İmza sahibi, bütün doktorları, hastaneleri, klinikleri, eczaneleri, laboratuvarları, işverenleri herhangi bir kuruluşu yukarıda ismi belirtilmiş olan vefat eden sigortalı hakkında bilgisi olan herhangi bir kimseyi MetLife 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.
- **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.

Tarih	
Sigortalının Adı Soyadı	
İmza	

Bölüm B. Doktor Beyan Formu

(Doktor tarafından kendi el yazısı ile doldurulacaktır.)

Vefat Eden Sigortalı Adı Soyadı	
Doğum Tarihi	
Vefat Yeri	
Vefat Tarihi	

Sigortalının Vefatına İlişkin Bilgiler

Vefat Sebebi	Kaza <input type="checkbox"/> Ecelen/Hastalık <input type="checkbox"/> İntihar <input type="checkbox"/> Cinayet <input type="checkbox"/> Belirsiz <input type="checkbox"/>	
Vefat Sebebinin Detayı (Lütfen vefat sebebi hakkında detaylı bilgi veriniz. Tanı, şikayet, oluşum şekli gibi)		
Vefatı Etkileyen Diğer Sebep veya Hastalıklar (Var ise vefatı etkileyen diğer sebepler hakkında detaylı bilgi veriniz.)		
Diğer Sebep veya Hastalık	Başlama Tarihi	
Otopsi/Resmi Soruşturma	Vefat ile ilgili otopsi yapıldı mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
	Vefat ile ilgili resmi soruşturma yapıldı mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Hastalığın Hikayesi (Hastalık sonucu vefat ise lütfen doldurunuz)	En son geçirdiği hastalık için ilk muayene tarihi	
	En son geçirdiği hastalık için son muayene tarihi	
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)

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 aktarılabilceği 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.