

Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Aydınlatma Metni

Kişisel verileriniz, AgeSA tarafından 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun şekilde işlenmektedir. Açık rıza göstermeniz, işin ifası ve kanunda açıkça öngörülmesi hukuki sebeplerine dayanarak, işbu form ve bu formun ekinde sunduğunuz belgelerde yer alan kişisel verileriniz ve açık rıza göstermeniz halinde özel nitelikli kişisel verileriniz, 5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu ve ilgili mevzuat hükümlerine göre, tazminat konusu da dahil olmak üzere; sigortacılık işlemlerinin gerçekleştirilmesi, tazminat başvurularının işleme alınması, değerlendirilmesi ve usulsüzlüklerin önüne geçilebilmesi, iletmış olduğunuz bilgilerin doğruluğunun teyidi, rizikonun ve sigorta sözleşmesine ilişkin taleplerin değerlendirilmesi amacıyla işlenecek ve aşağıda paylaşım nedenleri belirtilen sır saklama yükümlülüğü altındaki üçüncü kişilerle paylaşılacaktır.

- 5684 Sayılı Kanun çerçevesinde destek hizmeti olarak AgeSA'ya hizmet veren kuruluşlarla,
- Sağlık kuruluşları ve sağlık personeliyle,
- Asistans hizmetlerinden yararlanabilmeniz için Asistans hizmeti veren şirketlerle,
- Reasürans şirketleri ile Sigorta Bilgi Merkezi kapsamında yapılan her türlü raporlama kapsamında,
- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı ve sair resmi makamlarla Size yeni ürünler ve daha iyi hizmet sunmak için paylaşım;

- AgeSA acenteleri, brokerleri ve iş ortakları,
- AgeSA ana hissedarları olan; Ageas Insurance International NV ve Hacı Ömer Sabancı Holding ve bağlı şirketleri

- Formu AgeSA'ya iletmek için tercih ettiğiniz yurtdışı

merkezli iletişim uygulaması AgeSA'ya başvurarak, aşağıdaki talepleri her zaman iletebilirsiniz;

- Kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verileriniz işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel verilerinizin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde ve yurt dışında kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- Kişisel verilerinizin eksik veya yanlış işlenmiş olması halinde bunların düzeltilmesini isteme,
- Mevzuatta öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerinizin silinmesini veya yok edilmesini ve bu işlemin kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- İşlenen verilerinizin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- Kişisel verilerinizin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız

halinde zararın giderilmesini talep etme Kişisel verilerinizin korunmasıyla ilgili detaylı bilgiye <https://www.agesa.com.tr/kisisel-verilerin-korunmasi> adresinden ulaşabilirsiniz.

Kişisel Verilerinizin İşlenmesi İçin Açık Rızanız

İşbu form ve bu formun ekinde sunduğum belgelerde yer alan kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerimin, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu hükümleri esas alınarak, yukarıda belirtilen amaçlar doğrultusunda işlenmesine, yine yukarıda belirtilen yurtiçi/yurtdışı üçüncü kişilere aktarılmasına ve gerek görüldüğü hallerde bu kişilerce işlenmesine, kullanılmasına ve sigorta sözleşmesi sona erdikten sonra dahi mevzuat hükümleri kapsamında yasal süre boyunca saklanmasına muvafat ettiğimi, açıkça ve gayrikabili rücu olarak kabul, beyan ve taahhüt ederim. Ayrıca, şahsıma ait kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerin, AgeSA'dan satın almış olduğum ürün ve hizmetlerin eksiksiz verilmesi amacıyla, hastane, sağlık kuruluşu ve diğer üçüncü kişilerden toplanmasına dair AgeSA'yı yetkilendirdiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Sigortalı		<input type="checkbox"/> Onaylıyorum	<input type="checkbox"/> Onaylamıyorum
Adı-Soyadı	:		
Tarih	:		
İmza	:		

Genel Müdürlük İçerenköy Mahallesi Umut Sok. Quick Tower Sitesi No: 10-12/9 Ataşehir / İstanbul Faks: (0216) 634 38 88

Müşteri Memnuniyet Merkezi: 444 11 11 agesa_tazminat@agesa.com.tr www.agesa.com.tr

İstanbul Ticaret Odası (İTO) , Ticaret Sicil No: 27158 MERSİS No: 0306005065600012

Hayat/Ferdi Kaza Sigortaları Maluliyet Halinde Talep Edilen Belgeler:

- 1 – İlişkide sunulan “Hayat/Kaza Sigortaları Maluliyet Tazminat Talebi Formu”nun eksiksiz doldurularak imzalanması
- 2- Tazminata konu olan maluliyetin kesin durum ve derecesinin belirtildiği,devlet hastanesi ya da tam teşekkülü üniversite hastanesinden alınacak maluliyet heyet raporu aslı ya da onaylı sureti
- 3- Maluliyete neden olan hastalığın ilk teşhis tarihinin belirtildiği ayrıntılı doktor/epikriz raporu, tüm tahlil ve tetkik sonuçları, var ise ameliyat ve patoloji raporu, SGK medula kayıtları
- 4- Kaza sonucu meydana gelmiş ise ; resmi kaza tespit tutanağı veya olay yeri inceleme raporu aslı ya da onaylı sureti
- 5- Sürücünün trafik kazası sonucu maluliyeti söz konusu ise; Alkol raporu aslı ya da onaylı sureti
- 6- Kimlik fotokopisi
- 7- Hesap numarası

*** Talebinizin işleme alınabilmesi için aşağıdaki formun imzalı aslını, yukarıda belirtilen belgeler ile birlikte lütfen Şirketimizin aşağıda belirtilen Genel Müdürlük adresine posta ile gönderiniz.

Ek : Hayat/Kaza Sigortaları Maluliyet Tazminat Talebi

Formu Bilgi için : Müşteri Destek Merkezi (444 11 11)

Not : Agesa Hayat ve Emeklilik A.Ş gerektiğinde ek belge talebinde bulunabilecektir.

HAYAT/KAZA SİGORTALARI MALULİYET TAZMİNAT TALEBİ FORMU

Police no / grup sözleşme- sertifika no				
Sigortalının maluliyeti ile ilgili bilgiler				
Bugüne kadar herhangi bir nedenle tedavi gördünüz mü? Cevabınız evet ise, tedavi görülen kaza veya hastalığın ne olduğunu, ilk ortaya çıkış tarihini, ilk tedavi oluş tarihini ve kullandığı ilaçları açıklayınız ve ilgili raporların kopyasını gönderiniz.				
Maluliyetinizin vücudunuzun hangi organında olduğunu ve nasıl bir maluliyet olduğunu açıklayınız.				
Maluliyet hastalık sonucu meydana gelmişse, hastalığın ne olduğunu, ne şekilde ve nasıl ortaya çıktığını ve gördüğü tedavileri tarihleri ile detaylı bir şekilde yazınız.		Maluliyete neden olan hastalığın tarihi : başlama		
Maluliyetiniz kaza sonucu meydana gelmişse, kazanın ne şekilde meydana geldiğini ve kaza sonucunda gördüğü tedavileri tarihleri ile detaylı bir şekilde yazınız.		Maluliyete neden olan kazanın oluş tarihi		
Sağlık durumunuz ve tedaviniz hakkında bilgi verebilecek doktorların adlarını, adreslerini ve telefon numaralarını ve hangi tarihlerde kendilerine başvurduğunuzu yazınız.				
Tarih	Doktor / Kurumu adı	Adres		Telefon
Sigortalı adı soyadı				Doğum tarihi
E posta				
Telefon cep		Telefon iş		Telefon ev
TC vatandaşı için TC kimlik no			Yabancı uyruklu için Vergi kimlik no	
Hesabın bulunduğu banka adı			Hesabın bulunduğu şubenin adı	
Şube kodu			Hesap no	
Uluslararası Banka Hesap Numarası (IBAN)**				
**IBAN'nın belirtilmediği durumlarda yukarıda beyan ettiğim hesap numaram ile işlem yapılmasını kabul ve beyan ederim.				
İmza	Yukarıda verdiğim bilgilerin doğru olduğunu, bu formun tazminat talebine temel teşkil edeceğini beyan ve kabul ederim.			Tarih