

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 usülsüzlüklerin önüne geçilebilmesi, iletmiş 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 ve brokerleri,
- İş 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 şahsıma ve müteveffaya ait kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerin, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu hükümleri esas alınarak, yukarıda belirtilen amaçlar doğrultusunda işlenmesine, müteveffaya ait sağlık verilerinin hastane, sağlık kuruluşu ve diğer ilgili üçüncü kişilerden toplanmasına, 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 gayrıkabili rücu olarak kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında, Mirasçı/Hak Sahibi olarak, AgeSA'ya ileteceğim diğer mirasçı/hak sahiplerine ilişkin kimlik bilgileri ve sair kişisel verilerinin işlenmesi ve AgeSA'ya aktarılmasına ilişkin olarak muvafakatlerini aldığımı/alacağımı, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun davrandığımı/davranacağımı 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 Sigortaları Tehlikeli Hastalık Tazminat Taleplerinde Talep Edilen Belgeler:

- 1 – İlişkide sunulan “Ciddi Sağlık Riskleri/Tehlikeli Hastalıklar Tazminat Talebi Formu ” nun eksiksiz doldurularak imzalanması
 - 2- Tazminat talebine neden olan hastalığın ilk teşhis tarihinin belirtildiği ayrıntılı doktor/epikriz raporu, tüm tahlil ve tetkik sonuçları var ise patoloji ve ameliyat raporu asılları ile SGK medula kayıtları
 - 3- Tıbbi Bilgi Formunun aslı
 - 4- Kimlik fotokopisi
- *** Talebinizin işleme alınabilmesi için aşağıdaki formun imzalı aslını, yukarıda belirtilen belgeler ile birlikte lütfen Şirketimizin aşağıda belirtilen Genel Müdürlük adresine posta ile gönderiniz.

Ek : Ciddi Sağlık Riskleri/Tehlikeli Hastalıklar Tazminat Talebi Formu

Bilgi için : Müşteri Destek Merkezi (444 11 11)

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

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

CİDDİ SAĞLIK RİSKLERİ/TEHLİKELİ HASTALIKLAR TAZMİNAT TALEBİ FORMU

Poliçe / grup sözleşme-sertifika no			
--	--	--	--

Teşhisi konulan Ciddi Sağlık Riskleri ile ilgili bilgiler

Tazminat talebinize konu olan durum veya hastalık için konmuş olan tanı nedir? Lütfen açıklayınız.	
Bu durumla ilgili ilk belirtilerin hangi tarihte ortaya çıktığını ve ilk belirtilerin ne olduğunu detaylı bir şekilde yazınız.	İlk belirtilerin ortaya çıktığı tarih :
Bu belirtiler ile ilgili ilk kez hangi tarihte bir doktora başvurduğunuzu, hastalığınızın tanı konulduğu ve tedavi aşamalarını detaylı bir şekilde yazınız.	İlk kez doktora başvurduğunuz tarih :
Daha önce buna benzer veya bu hastalığınızla bağlantılı bir hastalığınız oldu mu ve bu nedenle tedavi gördünüz mü? Yanıtınız "evet" ise, tarihleriyle birlikte detaylı bilgi veriniz.	
Sağlık durumunuz ve tedaviniz hakkında bilgi verebilecek doktorların adlarını, adreslerini ve telefon numaralarını ve hangi tarihlerde kendilerine başvurduğunuzu lütfen aşağıya belirtiniz.	

Tarih	Doktor / Kurumu adı	Adres	Telefon

Sigortalı adı soyadı			
Telefon cep	Telefon iş	Telefon ev	
E posta			
T.C. Vatandaşı için T.C.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)*	<input type="text"/>
--	----------------------

*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	
-------------	--	--------------	--

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