

### 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, iletmis 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 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 gayrikabili rücu olarak kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında, Mirasçı/Hak Sahibi, 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.

<b>Kanuni Varis/Lehtar</b>	<input type="checkbox"/> Onaylıyorum	<input type="checkbox"/> Onaylamıyorum
<b>Adı-Soyadı</b>	:	_____
<b>Tarih</b>	:	__/__/____
<b>İmza</b>	:	_____

**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 [musteri@agesa.com.tr](mailto:musteri@agesa.com.tr) [www.agesa.com.tr](http://www.agesa.com.tr)

**İstanbul Ticaret Odası (İTO) Ticaret Sicil No: 27158**

### **Hayat Sigortaları Vefat Halinde Talep Edilen Belgeler:**

- 1 – İlişikte sunulan “Hayat Sigortaları Vefat Beyan Formu” ve “Hayat Sigortaları Vefat Tazminatı Ödeme Talebi Formu”nun eksiksiz doldurularak imzalanması
- 2- Vefat hastalık sonucu meydana gelmiş ise; vefata 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
- 3- Vefat kaza sonucu meydana gelmiş ise; Resmi kaza tespit tutanağı veya olay yeri inceleme raporu
- 4- Vefat olayı savcılığa intikal etmiş ise; Cumhuriyet Savcılığı iddianamesi veya Takipsizlik Kararı
- 5- TÜİK Ölüm Belgesi
- 6- Veraset İlamı
- 7- Kanuni mirasçılara/lehtara ait kimlik fotokopileri
- 8- Kanuni mirasçılara/lehtara ait hesap numaraları
- 9- Veraset intikal vergi ilişik yazısı

\*\*\* Gerekli durumlarda belgelerin asıllarını veya belgeyi veren kurum tarafından tasdik edilmiş kopyaları talep edilebilir.

\*\*\* Talebinizin işleme alınabilmesi için aşağıdaki formların imzalı aslını, yukarıda belirtilen belgeler ile birlikte lütfen Şirketimizin aşağıda belirtilen Genel Müdürlük adresine posta, faks veya e-mail ile gönderiniz.

Ek : Hayat Sigortaları Vefat Beyan Formu ve Ödeme Bilgileri Formu

Bilgi için : Müşteri Destek Merkezi (444 11 11)

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

## HAYAT SİGORTALARI VEFAT BEYAN FORMU

Police / grup sözleşme-sertifika no			
Sigortalı adı soyadı		Bağlı Olduğu Veraset İntikal Vergi Dairesi	

<b>Sigortalının vefatı ile ilgili bilgiler</b>	
Bugüne kadar herhangi bir nedenle tedavi gördü 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.	
Vefat hastalık sonucu meydana gelmişse, hastalığın ne olduğunu, ne şekilde ortaya çıktığını ve gördüğü tedavileri tarihleri ile detaylı bir şekilde yazınız.	Vefata neden olan hastalığın ortaya çıktığı tarih : / /
Vefat kaza sonucu meydana gelmişse, kazanın ne şekilde meydana geldiğini ve kaza sonucunda gördüğü tedavileri tarihleri ile detaylı bir şekilde yazınız.	Vefata neden olan kazanın oluş tarihi : / /

Sigortalının sağlık durumu ve tedavileri hakkında bilgi verebilecek doktorların adlarını, adreslerini ve telefon numaralarını ve hangi tarihlerde kendilerine başvurduğunu yazınız.

Tarih	Doktor / Kurumu adı	Adres	Telefon
/ /			(0 )
/ /			(0 )
/ /			(0 )

Formu dolduran kişinin adı soyadı		Doğum tarihi	/ /		
Sigortalı ile yakınlığı					
Adresi					
Telefon cep	(0 )	Telefon iş	(0 )	Telefon ev	(0 )
TC vatandaşı için TC kimlik no		Yabancı uyruklu için Vergi kimlik no			
İmza	Yukarıda verdiğim bilgilerin doğru olduğunu, bu formun tazminat talebine temel teşkil edeceğini beyan ve kabul ederim.		Tarih	/ /	

HAYAT SİGORTALARI  
VEFAT TAZMİNATI ÖDEME TALEBİ FORMU

Police no/grup sözleşme-sertifika no			
Sigortalının adı soyadı			

Formu dolduran menfaattar, vasi ya da veli (\*)' nin bilgileri

Sigortalı ile yakınlığı					
Adı soyadı			Doğum tarihi	/	/
T.C.Kimlik No			Vergi Kimlik No		
Yazışma adresi					Posta kodu:
	İlçe		İl		
Telefonu	İş	( 0 )	Cep	( 0 )	
	Ev	( 0 )	Faks	( 0 )	
E posta					
Hesabın bulunduğu banka adı					
Hesabın bulunduğu şubenin adı					
Şube kodu					
Hesap no					

Uluslararası Banka Hesap Numarası (IBAN)****	<input type="text"/>
--	----------------------

- Bu formu her bir menfaattarın ayrı ayrı eksiksiz olarak doldurarak, imzalaması şarttır.
- Ödemeler sadece hak sahibinin banka hesabına yapılır, bu nedenle banka hesabının hak sahibi adına olması şarttır.
- IBAN' nın belirtilmediği durumlarda yukarıda beyan ettiğim hesap numaram ile işlem yapılmasını kabul ve beyan ederim.

Formu dolduran menfaattar, vasi ya da veli : imza		Tarih	/	/
---	--	-------	---	---