

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

Adım 1: Poliçe Detaylarının Kontrolü

Önemli Notlar

- Aynı işverenle aynı iş yerinde kesintisiz bir şekilde en az 180 gün çalışılmış olması şartı aranmaktadır.
- Kendi isteğiniz ile işten ayrıldı iseniz tazminattan yararlanamazsınız.
- En az 30 gün süreyle işsizliğinizin aralıksız olarak devam etmesi gerekmektedir.
- 9 ay ve üzere vadeli kredilerde işsizlik durumu devam ederse 6 taksit ödemesi, 9 ay altı kredilerde ise işsizlik durumu devam ederse 3 taksit ödemesi yapılacaktır.

Poliçeniz özel ve genel şartlardan oluşmaktadır. Lütfen teminatınıza ait özel şartları poliçenizden kontrol ediniz. Tazminat değerlendirme süreci içinde günü gelen kredi ödemelerinizi düzenli yapmanız gereklidir.

Adım 2: Formun Doldurulması

Form nasıl doldurulur ?

- Lütfen tüm bölümlerin tam ve eksiksiz doldurulduğuna emin olunuz. Bu bilgilere talebinizin mümkün olan en kısa sürede değerlendirebilmesi için ihtiyaç duyulmaktadır.
- Adım 3'te listelenen tüm evrakları gönderdiğinizden emin olunuz.
- Başvuru formunu imzaladığınızdan ve tarihi belirttiğinizden emin olunuz. Muvafakatiniz olmadan talebiniz değerlendirilememektedir.

Adım 3: Talep Edilen Evraklar

Tazminat talebinizin değerlendirilebilmesi için aşağıdaki belgeleri işbu işsizlik tazminat talep başvuru formunuzla birlikte gönderiniz;

- İşten Ayrılma Bildirgesi (İşverenden ya da SGK'dan temin edilebilir)
- Nüfus Cüzdanı Fotokopisi
- Son 6 ayda eksik yatan SGK primleriniz varsa detayını gösterir belge (işveren beyanı, iş görmezlik raporu gibi)
- Güncel tarihli SGK Hizmet dökümü (SGK'dan ya da e-devlet şifresi ile www.turkiye.gov.tr'den alınabilir)

Tazminat değerlendirmesine ilişkin gerekli görülmesi halinde talep edilecek evraklar

- İşten çıkartılma sebebinizin detaylı olarak açıklandığı kaşeli imzalı işveren beyanı ya da formun işveren tarafından tam ve eksiksiz olarak doldurulmuş hali
- İş Sözleşmesi
- İşveren İmza Sirküleri

BU EVRAKLARIN ÖRNEKLERİNİ GÖRMEK İÇİN SAYFA 4'E BAKINIZ.

ÖNEMLİ NOT: Lütfen başvurunuz için gerekli olan tüm belgeleri birlikte gönderiniz. Tam ve eksiksiz doldurulmuş başvuru formunuzla birlikte belgeleri eksiksiz göndermeniz, talebinizin en kısa sürede değerlendirilmesine yardımcı olacak ve olası gecikmeleri engelleyecektir.

Adım 4: Talebiniz Nasıl İşleme Alınacak?

Tamamen doldurulmuş tazminat talep formunuzla birlikte tüm belgelerinizi eksiksiz olarak bize ulaştırdığınızda , talebiniz daha kısa süre içerisinde değerlendirilebilecektir. Başvuru takipleri için dosya numarası tüm haberleşmelerde en üstte yer alacak olup sorgulamalarınızda bu numarayı veya T.C. Kimlik Numaranızı kullanmanızı tavsiye ederiz.

Talebiniz, gönderdiğiniz belgelerle poliçenizin özel ve genel şartlarına, sigortacılık mevzuatına göre değerlendirilecektir. Değerlendirme süreci tamamlandığında aşağıdaki detaylar için size mutlaka bilgilendirme yapılacaktır.

- Ödemenizin onaylanması durumunda; ne kadar ödeme alacağınız, ne zaman ve kime yapılacağı ve ek olarak ödeme almaya devam edebilmeniz için neler yapmanız gerektiğine ilişkin bilgi verilecektir.
- Ödemenizin onaylanmaması durumunda; neden ödeme yapılamadığına dair bilgi verilecektir.

Dosya değerlendirme süreci için yeterli bilgi/evrak sağlamadığınız durumlarda veya araştırma için daha fazla/net bilgiye ihtiyaç duyulduğunda ilgili talebin detayına ilişkin telefon veya mektup yolu ile bilgilendirileceksiniz.

Belgelerinizi nereye ve nasıl göndermelisiniz?

Tazminat talep formunuzu eksiksiz olarak doldurup ,evraklarınızı tamamlayarak aşağıda belirtilen şekilde bize iletebilirsiniz. Posta veya Kargo ile :**Barbaros Mah. İhlamur Bulvarı**

No: 3 C / 229 ATAŞEHİR / İSTANBUL

Mail Adresi : agesa_tazminat@agesa.com.tr

Tel : 444 11 11

Faks : (0216) 634 38 88

Olası bir aksaklıkta hızlı çözüm sunabilmek adına, tarafımıza göndermiş olduğunuz tazminat talep formu ve evraklarınızın bir kopyasını saklamanızı tavsiye ediyoruz.

Tarafınızdan talep edilen tüm bilgi ve belgelere tazminat değerlendirme sürecinin mümkün olan en kısa sürede sonuçlandırılabilmesi için gerek duyulmaktadır. Eksik doldurulan form veya eksik gönderilen belgeler, tazminat talebinizin sonuçlanmasında gecikmeye neden olabilir. Tazminat talebinizin değerlendirilme sürecinde bilgi veya açıklamaya ihtiyaç duyulması halinde sizinle iletişime geçilecektir.

Meydana gelen olay için geçmiş olsun dilekelerimizi sunar, tazminat işlemlerinin sizin adınıza hızlı ve kolay bir şekilde yürüebilmesi için çalışacağımızı belirtmek isteriz.

Beyan ve Taahhütler

4 sayfadan oluşan bu formda beyan ettiğim tüm bilgiler ile formun ekinde sunduğum belgelerin, tam ve doğru olduğunu, beyanlarımda yahut ekli belgelerde verdiğim bilgilerden herhangi birisinin doğru çıkmaması veya eksik olması durumunda, sigortacının tazminat ödememe hakkı bulunduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

İşbu formun, bu formla verdiğim bilgilerin ve formun ekinde sunduğum belgelerin tazminat konusu da dahil olmakla birlikte, tüm sigortacılık işlemlerinin gerçekleştirilmesi ve usulsüzlüklerin önüne geçilebilmesi için tarafıma ait her türlü kişisel veya özel nitelikli kişisel verilerin, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu ve ilgili mevzuat hükümlerine göre iznim aranmaksızın işlenebilecek kişisel veya özel nitelikli kişisel verilerimin haricinde, ilgili işlemlerin gerçekleştirilmesi amacıyla işlenmesine, kullanılmasına, yurt dışına aktarılmasına, iletmış olduğum bilgilerin yeterli görülmemesi halinde yahut doğruluğunun teyidi, rizikonun ve sigorta sözleşmesine ilişkin taleplerin değerlendirilmesi amacıyla yetkili kuruluşlardan her türlü bilgi alınmasına, değerlendirme amacıyla sır saklama yükümlülüğü altındaki 3. kişilerle paylaşılmasına, bu formda yazılı veya ileride tarafımda verilecek kişisel veya özel nitelikli kişisel verilerin toplanması hususunda tam yetkili olduklarını ve bu suretle toplanan şahsıma ait bilgilerin;

a) Tazminat başvurularının işleme konması, değerlendirilmesi ve usulsüzlüklerin önlenmesi için işlenmesine ve kullanılmasına

b) Poliçe ile ilgili olarak, Sigortacı, temsilcileri ve yukarıda sayılan şirket ve şahıslara aktarılmasına ve gerek görüldüğü hallerde bu şirket/kişil-erce işlenmesine, kullanılmasına ve sigorta sözleşmesi sona erdikten sonra dahi mevzuat kapsamında yasal süre boyunca saklanmasına muvafakat ettiğimi, açıkça ve gayrikabili rücu olarak kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Bu tazminat talebime ilişkin olarak Sigortacının, temsilcilerinin ve yukarıda yer alan şirket ve şahısların şahsımla ilgili talep edecekleri tüm bilgi ve belgelerin kendileriyle paylaşılması konusunda, başvurulan tüm hastaneleri, doktorları, işverenleri, sigorta şirketlerini veya diğer gerçek veya kamu özel tüzel kişilerini açıkça ve gayri kabili rücu olarak yetkilendirdiğimi kabul ve beyan ederim.

İşbu formun kopyalarının da hukuken geçerli olacağını kabul ve beyan ederim.

İmza:

Tarih: __/__/__

TAZMINAT BAŞVURU BİLGİLERİ (Başvuru sahibi imzası ve talep edilmesi halinde işverenin kaşe&imzası gereklidir.)**İşsizlik Teminatı**

T.C. Kimlik No : _____	Göreviniz : _____
İsim : _____	Aylık Maaş : _____
Soyisim : _____	Sözleşme Süresi : <input type="checkbox"/> Belirli <input type="checkbox"/> Belirsiz
Adres : _____	Çalışma Şekli : <input type="checkbox"/> Tam Zamanlı <input type="checkbox"/> Kısmi
Şehir : _____	İşsizlik Nedeni
Posta Kodu : _____	<input type="checkbox"/> Bildirimsiz Fesih <input type="checkbox"/> İstifa
Ev Telefon No : _____	<input type="checkbox"/> İşyerinin Kapanması <input type="checkbox"/> Sözleşmenin Bitmesi
Cep Telefon No : _____	<input type="checkbox"/> Toplu İşten Çıkarma <input type="checkbox"/> Çalışan Kusuru
E-Posta Adresi : _____	<input type="checkbox"/> Diğer _____
Doğum Tarihi : _____	İşsizlik Tarihi : __/__/__
	İşsizliğin Bildirildiği Tarih : __/__/__
	İŞKUR Kaydı Yapıldı mı? : Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
	İŞKUR kaydınız yok ise işsizlik teminatından yararlanamazsınız.

Lütfen işsiz kalmadan önceki son 1 yılda çalıştığınız işveren bilgilerinizi aşağıya yazınız.

İşveren Ünvanı	İşveren Adresi	İşveren Telefonu	İşe Giriş Tarihi	İşten Çıkış Tarihi

Sigortalı Hesap Bilgileri

Banka Adı	Banka Şubesi ve Kodu	IBAN No:

Tarih: __/__/__

Sigortalı/Sigorta Ettiren

İmza:

Tarih: __/__/__

İşveren Kaşe & İmza*:

İşveren evraklarınızın talep edilmesi halinde, İşveren tarafından kaşe ve imza atılmadı ise son sayfada örneği bulunan işveren beyanı temin edilmelidir.

Evrak Örnekleri:

İşveren Beyanı (Sayfa 3 işveren tarafından kaşelenip imzalanmadı ise bu evrak alınmalıdır.)

Firmamız çalışanlarındanvatandaşlık numaralı Sn.....
/...../.....-...../...../..... tarihleri arasında.....pozisyonunda çalışmıştır.
/...../..... tarihinde(belirli/belirsiz) iş sözleşmesinedeni ile sona
 ermiştir.Çalışanımıza işten çıkartılacağı bilgisi/...../..... tarihinde verilmiştir.

Şirket Yetkilisinin ;

Adı, Soyadı

Tarih

Kaşe -İmza

İşten Ayrılma Bildirgesi (Belge işverenden veya Sosyal Güvenlik Kurumundan kaşe ve imzalı olarak temin edilmelidir)



T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
SİGORTALI İŞTEN AYRILMA BİLDİRGESİ
(4.1-a-b ve 509 SKGSK 120 tepe madde ile değiştirilmiştir)

ssk.gov.tr, referans no



20170317.05.2012

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C. Kimlik Numarası)											
A-SİGORTALININ İKİMLİK ADRES BİLGİLERİ											
1	Adı	.....	11							
2	Soyad	.....	11							
3	İk. Soyadı	.....	11							
4	Baba Adı	.....	11							
5	Ana Adı	.....	11							
6	Doğum Yeri	.....	11							
7	Doğum Tarihi	.....	11							
8	Cinsiyeti	.....	11							
9	Medeni Hali	.....	11							
10	Vatandaşlık Türü Ülke Adı	.....	11							
B-SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ											
12	01.10.2008 Tarihinden Önce Mevcut Yarıya	Kurumu	SSK	BAG	Emekli Sandığı	504-510 M					
14	Mevcut Adı ve Kodu										
C-SİGORTALININ HİZMET BİLGİLERİ											
15	Sigortalının İşten Ayrılma Tarihi				16						
17	Yıl	Ay	Belge Tarihi	Gün Sayısı	Primo Esas Kazanç Tutarı			Aylık Kazanç			Emeklilik Günü
					Mak. Edilen Ücret	Primo Sınırı ve Bu Sınırdaki İstisnalar	Gün	Ay	Gün	Ay		Sayı	Mesneti
18	ÜCRET (Vade Ücreti)				Hayır						
D-İŞVEREN İŞVERE VERGİ DAİRESİ ERNAF SAN SİCİL MEMURLUĞU ZİRAAT ODASI TARIMI İL İLÇE İD. ŞİRKET BİLGİLERİ											
22	CSGB T.C. KOLLU 09	CSGB BÖLGE MEMURLUĞU DOSYA NUMARASI	S	MERKEZ	DOSYA NO	İL					
23	SGK İŞVERE SİCİL NUMARASI	M	İSKOLU	YENİ	ESKİ	İŞVERE SIRA NO	İL KODU	İLÇE	KONT. NO	ALT İŞV.	
24	Vergi Numarası										
E-BEYAN VE TAAMMÜTLER											
25	İşverenin İşyerinin İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Unvanı					İşyerinin (Kurumun) Adı					
26	Vukuunda yasal mevzuatın gereği işveren bildiği beyan edilmiştir.					Sigortalının adı-soyadı-İmzası					
27	Vukuunda yasal mevzuatın gereği işveren bildiği beyan edilmiştir. İşveren bildiği beyan edilmiştir. İşveren bildiği beyan edilmiştir. İşveren bildiği beyan edilmiştir. İşveren bildiği beyan edilmiştir. İşveren bildiği beyan edilmiştir. İşveren bildiği beyan edilmiştir. İşveren bildiği beyan edilmiştir. İşveren bildiği beyan edilmiştir. İşveren bildiği beyan edilmiştir.										

AgeSA Hayat ve Emeklilik A.Ş.

Barbaros Mah. İhlamur Bulvarı No: 3 C / 229 ATAŞEHİR / İSTANBUL
 İstanbul Ticaret Odası (İTO) Ticaret Sicil No: 27158
 MERSİS No: 0306005065600012

Tel : +90 (216) 633 33 33

Web : www.agesa.com.tr

Müşteri
Destek
Merkezi
444 11 11