

MALULİYET TAZMİNAT BİLDİRİM FORMU

Police No. / Sertifika No.:	_____	T.C. Kimlik No. :	_____
Sigortalı Adı Soyadı :	_____	Telefon No. :	_____
E-Posta Adresi :	_____	İletişim Adresi :	_____
Maluliyet Tarihi :	_____		_____
Maluliyet Nedeni :	_____		_____

Maluliyet Durumu ile ilgili bilgiler

Bu form sigortalı tarafından veya sigortalının akli melekeleri yerinde değilse tam olarak yetkilendirilmiş vasisi tarafından veya sigortalının fiziksel yetersizliği nedeni ile bu soruları cevaplandıramıyorsa lehtarı, yakın akrabası veya usulüne uygun şekilde yetkilendirilmiş temsilcisi tarafından tam ve detaylı olarak doldurabilir.

Maluliyet sebebini ve oranını açıklayınız. (Kaza / Hastalık - Maluliyet Oranı)

Maluliyet hastalık sonucu meydana gelmişse, hastalığın ne olduğunu, ne şekilde ve nasıl ortaya çıktığını ve gördüğü tedavileri tarihleri ile detaylı bir şekilde yazınız.

Maluliyetiniz kaza sonucu meydana gelmişse, kazanın ne şekilde meydana geldiği ve kaza sonucunda gördüğü tedavileri tarihleri ile detaylı bir şekilde yazınız.

Sağlık durumunuz ve tedaviniz hakkında bilgi verebilecek doktorların adlarını, adreslerini ve telefon numaralarını ve hangi tarihlerde kendilerine başvurduğunuzu yazınız.

Tarih	Tedavi Nedeni	Doktor/kurum Adı	İletişim Bilgisi (Dr. / Kurum)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Şirketiniz nezdinde sigortalı olduğum poliçemle ilgili maluliyet tazminat talebimin işleme alınmasını rica ederim. Yukarıda verdiğim bilgilerin doğru olduğunu, bu formun tazminat talebine temel teşkil edeceğini beyan ve kabul ederim.

Adı Soyadı : _____
Tarih : _____
İmza : _____

MALULİYET TAZMİNAT BİLDİRİM FORMU

Maluliyet Tazminat Değerlendirmesi İçin Gerekli Belgeler

1. Tazminat talebi için iletişim bilgilerinin yer aldığı imzalı tazminat talep formu,
2. Nüfus Cüzdanı Fotokopisi
3. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı tam teşekküllü bir hastaneden temin edilen maluliyet derecesini gösterir doktor heyet raporu
4. 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,
5. Maluliyet, trafik kazası sonucu meydana gelmişse, Trafik Kazası Tespit Tutanağı, Alkol Raporu,
6. Maluliyet, adli makamlara intikal eden bir sebepten meydana gelmişse, resmi kurumlar tarafından düzenlenen Olay Tespit Tutanağı, Cumhuriyet Savcılığı Soruşturma ve İfade Tutanakları, Cumhuriyet Savcılığı İddianame veya Takipsizlik Kararı
7. Vasi tayin edilmesi halinde tayin edilen vasiye ilişkin mahkeme kararı
8. IBAN bilgisi (tazminat değerlendirmesinin olumlu sonuçlandığı durumlarda kullanılmak üzere)

Bilgi için: Müşteri Destek Merkezi 0850 762 1 500

Not: Kaza veya hastalık sonucu maluliyet tazminatından faydalanabilmek için gerekli belgelerin tamamlanarak info@quickhayat.com.tr e-posta adresine gönderilmesi gerekmektedir. Quick Hayat Sigorta, gerektiğinde ek belge talebinde bulunabilecektir.

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI MEVZUATI UYARINCA MÜŞTERİ AYDINLATMA METNİ

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("KVKK") kapsamında "Quick Hayat Sigorta A.Ş." veya "Şirket" olarak veri sorumlusu sıfatıyla başta özel hayatın gizliliği olmak üzere, müşterilerimizin temel hak ve özgürlüklerini koruyarak, KVKK'da belirtilen ve aşağıda detayları açıklanan amaçlar çerçevesinde, bu amaçlar ile bağlantılı, sınırlı ve ölçülü şekilde kişisel verilerin doğruluğunu ve en güncel halini koruyarak kaydedeceğimizi, depolayacağımızı, muhafaza edeceğimizi ve kanunen kişisel veri talep etmeye yetkili olan kurumlar ile paylaşacağımızı KVKK'nın öngördüğü şartlarda üçüncü kişilere ve şirketlere aktaracağımızı bilgilerinize sunuyoruz.

Quick Hayat Sigorta bünyesinde işlenmekte olan verilerinize ilişkin olarak aşağıda sayılan haklarınızın bulunduğunu belirtmek isteriz:

- Kişisel Verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel Verileriniz işleniyorsa bunlara ilişkin bilgi edinme,
- Kişisel Verilerinizin işlenme amacının ne olduğu ve kişisel verilerinizin amacına uygun olarak kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Varsa yurtiçinde verilerin aktarıldığı üçüncü kişilerin kimler olduğunu ve hangi verilerin aktarıldığını öğrenme,
- İşlenen Kişisel Verilerin eksik veya yanlış olması halinde bunların düzeltilmesini isteme,
- Kişisel verilerinizin düzeltilmesi, silinmesi ya da yok edilmesi halinde bu işlemlerin Kişisel Verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- Kişisel Verilerinizin işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması veya Kişisel Verilerinizin güncelliğini kaybetmesi halinde, işlenmiş olunan Kişisel Verilerinizin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- İşlenen Kişisel 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 haklarına sahipsiniz.

Bu haklarınıza ilişkin taleplerinizi aşağıda yer alan başvuru usulleri ile bize iletebilirsiniz

Kişisel Verilerinize ilişkin taleplerinizi, internet sitemizde yer alan başvuru formunu doldurup yazılı olarak son bölümde belirtilen adrese elden teslimat, posta veya kargo ya da noter kanalıyla, güvenli elektronik imza ve mobil imza ile kayıtlı elektronik posta (KEP) adresimize veya tarafımıza daha önce bildirdiğiniz ve sistemimizde kayıtlı olan elektronik posta adresiniz üzerinden kisiselveri@quickhayat.com.tr e-posta adresi aracılığıyla başvurmak suretiyle Şirketimize iletebilirsiniz.

Quick Hayat Sigorta kendisine yöneltilen talepleri, talebin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç otuz gün içerisinde ücretsiz olarak sonuçlandıracaktır. Taleplerinizin yerine getirilmesi sebebiyle bir maliyet doğması hâlinde yalnızca Kurul tarafından belirlenen tarifiedeki ücretleri sizden talep edebiliriz.