

Geçici Sakatlık Tazminat Talep Formu

Bölüm A. Sigortalı Beyanı

Sigortalı Bilgileri

Sigortalı Adı Soyadı			
T.C. Kimlik Numarası		Doğum Tarihi	
Müşteri Numarası		Poliçe Numarası	
Cep Telefonu Numarası		Telefon Numarası	
E-posta Adresi			
İletişim Adresi			
Kaza Tarihi		Kaza Saati	
Sigortalının kaza anındaki meslek ve görevi			
Sigortalının Çalıştığı Şirket			
Aylık Kazanç			

Banka Bilgileri

Banka Adı			
Şube Kodu			
IBAN Numarası	TR		
Hesap Sahibinin Adı Soyadı*			

* Banka hesabının sigortalıya ait olması gerekmektedir.

Kaza ile İlgili Bilgiler

Kazanın Meydana Geliş Şekli (Detaylı açıklayınız)	
Kaza sonucu oluşan yaralanma ve fiziksel travma bulguları (kırık, çıkık, ezilme, morarma vb.)	
Bu kaza sebebiyle ne kadar süreyle sakat kaldınız?	
Ne kadar süre ile mesleğinizin / görevinizin hiçbir sorumluluğunu yerine getiremediniz?	
Kaza nedeni ile işinize geçici olarak gittiğiniz son tarihi belirtiniz	

İşinize kısmi olarak döndüğünüz tarihi belirtiniz	
Bu kaza sebebi ile sizi tedavi eden ilk doktorun adı soyadı ve iletişim bilgilerini belirtiniz	

- İşbu başvuru formu ile ben ve ailem hakkında bilgi veya kayıt sahibi herhangi bir doktoru, hastaneyi, kliniği, sigorta şirketini, başka bir kurumu, kuruluşu ya da kişileri, sigortalı olan benim veya ailemin sağlığı, tıbbi geçmişi, herhangi bir hastane tedavisi, doktor tavsiyesi, teşhisi, tedavisi, hastalığı ya da rahatsızlığı hakkında herhangi bir veya tüm bilgileri **MetLife Emeklilik ve Hayat A.Ş.**'ye vermeye yetkili kılıyorum. Bu formun fotokopisi alınan yetki açısından orijinali kadar geçerlidir.

- **MetLife Emeklilik ve Hayat**'a bildirmiş olduğum sağlık bilgilerim gibi özel nitelikli olanlar da dahil olmak üzere aileme ve şahsıma ait tüm kişisel bilgilerin, yurtiçi ve yurtdışı da dahil olmak üzere MetLife ve/veya MetLife Grup Şirketleri ile MetLife ve Grup Şirketlerine karşı gizlilik mükellefiyeti olan danışman, broker, reasürör, hizmet sağlayıcı ve acenteler gibi üçüncü partilerle paylaşılmasına ve bu taraflarca işlenmesine açıkça muvafakat ettiğimi işburada beyan ederim.

- Yukarıda belirtilmiş olan banka hesap bilgilerinin bana ait olduğunu teyit eder, tazminat talebimin onaylanması durumunda ödemenin yukarıda belirtilmiş olan banka hesabına yapılmasını talep ederim.

Tarih	
Sigortalı Adı Soyadı	
İmza	

Bölüm B. Tedavi Eden Doktor Beyanı

(Sakatlık, sigortalının kaza sonucu oluşan ve işinden/görevinden alıkoyacak şekilde tam fiziksel yetkisizliğini ifade eder.)

Sigortalıya ve Sigortalının Sakatlığına Ait Bilgiler

Hastanın Adı Soyadı			
Hastanın Yaşı			
İlk Başvuru Tarihi		Başvuru Saati	
Kaza Tarihi		Kaza Saati	
Hastanın Şikayeti, Kazanın Oluşum Şeklini belirtiniz.			
Hastanın şikayeti dıştan gelen, ani fiziksel etken sonucu mu oluşmuştur? (travma, darbe, kaza vb.) Vücudun herhangi bir yerinde kızarıklık, morluk, kanama, yara var mıydı? Lütfen açıklayınız.			
Ameliyat veya cerrahi müdahale yapıldıysa detaylarını belirtiniz.			
Mevcut herhangi bir hastalık, sakatlığın söz konusu kaza, yaralanma veya sakatlığa etkisi oldu mu? Oldu ise hangi oranda olduğunu lütfen açıklayınız.			
Sigortalının önceden aynı veya benzer bir rahatsızlığı oldu mu? Vücudunun aynı bölümünden yaralandı mı?			
Sigortalının bu kaza sebebi ile istirahatini gerektirecek şikayetlerini, fizik muayene bulgularınızı ve tıbbi endikasyonları belirtiniz.			

Sigortalı ne kadar süreyle sakat? Tüm işlerini veya herhangi bir işini yapamaz durumda? İş görememezlik süresi nedir?

Tarih : / / 'den
Tarih : / / 'e kadar

Sigortalı halen sakat/çalışamaz ise, muhtemelen ne zaman işine dönebilir?

Tarih : / /

Tarih	
Doktor Adı Soyadı	
İmza / Kaşe	
İletişim Bilgileri (Kurum Adı-Telefon)	

Bölüm C. İşveren Beyan Formu

Bu beyan **sadece** işveren, muhasebe müdürü, personel işleri müdürü veya tam yetkili bir personel tarafından doldurulmalıdır. Yetkili kılınmadığı sürece bir sekreter, muhasebeci, ustabaşı veya MetLife Emeklilik ve Hayat A.Ş. bünyesinde çalışan bir acente tarafından **doldurulmamalıdır**.

İşveren ve Sigortalıya Ait Bilgiler

Sigortalının Adı Soyadı	
İşverenin İsmi & Ticari Ünvanı	
İşverenin Telefon Numarası	
İşverenin Adresi	
Sigortalı ne zaman işini bırakmak zorunda kaldı? (Kesin bir tarih/gün veriniz)	
Sigortalı ne zaman işine geri döndü?	
Tam olarak görevine dönmeden önce kısmi işe başlama söz konusu olup olmadığının, söz konusu oldu ise kısmi olarak görevini yapmaya başladığı tam tarihini belirtiniz.	
Sigortalının hastalığı kendisini bu zaman içerisinde görevinde alıkoyan tek neden miydi? Değilse lütfen açıklayınız/detay veriniz.	

Tarih	
Unvan - İsim Soyad	
İmza / Kaşe	

Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Bilgilendirme

MetLife Emeklilik ve Hayat A.Ş. ("Şirket"), müşterilerinin güvenliğini göz önünde bulundurarak, başta özel hayatın gizliliği olmak üzere, temel hak ve özgürlüklerin korunması amacıyla, kişisel verilerle ilgili olarak düzenlenen 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" ("KVKK") hakkında detaylı bilgileri aşağıda bilgilerinize sunarız.

Veri sorumlusu olarak amacımız; müşterilerimizin memnuniyeti doğrultusunda, kişisel verilerin alınma şekilleri, işleme amaçları, hukuki nedenleri ve haklar konularında müşterilerimizi en şeffaf şekilde bilgilendirmektir. Verilerin işlenmesinden kasıt, KVKK'da verilerin kaydedilmesi, depolanması, muhafaza edilmesi, değiştirilmesi, yeniden düzenlenmesi, açıklanması, aktarılması, devralınması, elde edilebilir hale getirilmesi, sınıflandırılması ya da kullanılmasının engellenmesi gibi veriler üzerinde gerçekleştirilen her türlü işlemi ifade etmektedir.

Kişisel verilerin işleme amaçları ve hukuki sebepleri; Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu, diğer ilgili mevzuat ve sözleşme kapsamında, MetLife Emeklilik ve Hayat tarafından sunulan her türlü ürün ve hizmetlerde kullanılmak üzere; işlem sahibi olarak müşteri bilgilerinin tespiti için kimlik, iletişim, sağlık ve diğer gerekli bilgileri işlemek; elektronik veya fiziki ortamda işleme dayanak olacak tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek ve yasal merciler tarafından öngörülen raporlama ve bilgilendirme yükümlülüklerine uymak ve akdedilen sözleşmenin gereğini yerine getirmektir.

Yukarıda belirtilen amaçlarla, kişisel verilerin aktarılacağı kişi / kuruluşlar; Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu ve diğer ilgili mevzuat hükümlerinin izin verdiği kişi veya kuruluşlar dahil ve bunlarla sınırlı olmamak üzere; ana hissedarımız, yurtiçi ve yurtdışı da dahil olmak üzere Şirket ve/veya Grup Şirketleri ile Şirketimiz ve Grup Şirketlerimize karşı gizlilik mükellefiyeti olan ve Şirket faaliyetlerimizi yürütmek üzere hizmet aldığımız, işbirliği yaptığımız tüm firma, danışman, broker, reasürör, hizmet sağlayıcı ve acenteler gibi tüm resmi ve özel üçüncü partilerdir.

Kişisel verilerin toplama yöntemi; Genel Müdürlük, anlaşmalı firma, danışman, broker, reasürör, hizmet sağlayıcı ve acente iş ortaklarımız, Şirket personeli, internet şubesi ve çağrı merkezi gibi kanallar aracılığıyla müşterilerimizin kişisel veri sözlü, yazılı veya elektronik ortamda toplanabilir. KVKK'nın 11. maddesi gereğince 07.10.2016 tarihi itibarıyla müşterilerimizin aşağıdaki haklara sahip olduğunu hatırlatmak isteriz:

Şirketimize başvurarak, kişisel verilerinizin;

1. İşlenip işlenmediğini öğrenme,
2. İşlenmişse bilgi talep etme,
3. İşleme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
4. Yurt içinde / yurt dışında aktarıldığı kişi/kurumları bilme,
5. Eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme,
6. KVKK'nın öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini / yok edilmesini isteme,
7. Aktarıldığı üçüncü kişilere yukarıda sayılan 5. ve 6. maddeler uyarınca yapılan işlemlerin bildirilmesini isteme,
8. Yalnız otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
9. KVKK'a aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme.

Mevzuat gereğince, Şirketimizin müşterileri ile gerçekleştirdiği işlemlere ilişkin kayıt ve belgeleri, 10 yıl

süre ile saklamasına dair yasal zorunluluk söz konusudur. Kişisel verilerinizin silinmesini veya yok edilmesini talep etmeniz halinde, söz konusu 10 yıllık sürenin sonunda bu talebiniz yerine getirilecektir.

Geçici Sakatlık Tazminat Evrak Listesi

1. Geçici Sakatlık Tazminat Talep Formu
2. İşveren Beyan Formu (Özel sektör çalışanları için)
3. Devlet çalışanları için istirahatlı devrede işyerinde çalışmadığına dair yazı
4. Çalışmama süresi ve teşhisini gösteren tıbbi rapor
5. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından verilen geçici iş göremezlik belgesi
6. Orijinal veya tasdikli(*) Kaza Tespit Tutanağı, Olay Yeri İnceleme Raporları, Alkol Raporu, Görgü Tanıkları İfade Tutanakları (Kaza sonucu ise)
7. Tedavi, Ameliyat Raporları ve Tetkik Sonuçları
8. Detaylı Epikriz
9. Sigortalı Kimlik Fotokopisi