

Katkı Payı Ödeme Teminatı Talep Formu

Teminat başvurularınızı hızlı bir şekilde sonuçlandırabilmemiz için aşağıdaki formu eksiksiz olarak doldurmanız ve formun ekinde belirtilen belgeleri şirketimize tam olarak iletmeniz önem arz etmektedir. Göndereceğiniz belgelerin incelenmesi neticesinde gerek görülmesi halinde ek belge talep edilebilir.

Katılımcı Bilgileri

Adı Soyadı:

T.C. Kimlik Numarası:

Bireysel Emeklilik Hesap Numarası:

Talep Nedeni

- Katılımcının Annesinin veya Babasının Vefatı
 Katılımcının Annesinin veya Babasının Tam ve Kalıcı Maluliyeti
 Katılımcının Eşinin Vefatı
 Katılımcının veya Eşinin Tam ve Kalıcı Maluliyeti

Başvuru Sahibi Bilgileri

Adı Soyadı:

T.C. Kimlik Numarası:

Adres:

Cep Telefonu :

Katılımcıya yakınlık derecesi*:

(Kendisi, eşi, yasal temsilcisi)

*Çocuğum için BES Planı kapsamında katılımcı adına katkı payı ödeyen kişinin katılımcının anne veya babası olmadığı durumda katkı payı ödeme teminatı kapsamında ödeme yapılmaz.

Beyan ve Taahhüt

Bu formda beyan ettiğim tüm bilgiler ile formun ekinde sunduğum belgelerin doğru ve tam olduğunu beyan ederim.

Düzenleme Tarihi:

İmza:

Bireysel Emeklilik Vefat, Maluliyet ve Katkı Payı Ödeme Teminatı Taleplerinde

Gereken Belgeler

Bireysel emeklilik sözleşmesine ilişkin vefat, tam ve kalıcı maluliyet, katkı payı ödeme teminatı başvurularını hızlı bir şekilde sonuçlandırabilmemiz için belirtilen belgelerin şirketimize tam olarak iletilmesi önem arz etmektedir. Göndereceğiniz belgelerin değerlendirilmesi neticesinde gerek görülmesi halinde ek belge talep edilebilir.

Vefat Taleplerinde;

1. Ölüm belgesi, defin ruhsatı veya gömme izin kağıdı
2. Veraset ilamı (mirasçılık belgesi) e-Devlet üzerinden alınabilir.
3. Tüm menfaattar (lar)a ait kimlik fotokopisi ve IBAN bilgisi
4. Veraset ve intikal vergisi tercihi ile ilgili tüm menfaattar (lar)ın imzalı formu. (Forma ulaşmak için tıklayın.)

Tam ve Kalıcı Maluliyet Taleplerinde;

1. Engelli sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarından alınan, engel oranını ve kalıcı olduğunu gösteren maluliyet raporu (SGK mevzuatının “Malul Sayılma” başlığı altında yer alan koşulların gerçekleşmiş olması gerekir.)
2. Tam ve kalıcı maluliyete neden olan hastalığın ilk teşhisine ilişkin sağlık kayıtları (Hastane raporu, epikriz vb.) veya tam ve kalıcı maluliyete neden olan kazaya ilişkin belgeler (Resmi kuruluşlar tarafından düzenlenen kaza raporu ve/veya kazaya ilişkin olay yeri inceleme ve tespit tutanakları)
3. SGK müdürlüklerinden veya herhangi bir eczaneden alınacak medula kayıtları (Kullanılan ilaç listesi , Rapor görme , Muayene detay kayıtları)
4. Katılımcıya ait kimlik fotokopisi ve IBAN bilgisi

Katkı Payı Ödeme Teminatı Taleplerinde Gereken Belgeler

Katılımcının Eşinin / Yasal Temsilcisinin Vefatı Durumunda;

1. Ölüm belgesi, defin ruhsatı veya gömme izin kağıdı
2. Katılımcının eşinin / yasal temsilcisinin vefat ettiği sağlık kuruluşundan alınacak epikriz, hastane raporu vb. sağlık kayıtları (Vefat hastanede gerçekleşmişse)
3. Adli tıp (Otopsi) raporu, kaza raporu vb. (Vefat adli olay ya da kaza vb. sonucu gerçekleşmişse)
4. SGK müdürlüklerinden veya herhangi bir eczaneden alınacak medula kayıtları (Kullanılan ilaç listesi , Rapor görme , Muayene detay kayıtları)
5. Katılımcıya / yasal temsilcisine ait kimlik fotokopisi.

Katılımcının veya Eşinin / Yasal Temsilcisinin Tam ve Kalıcı Maluliyeti Durumunda;

1. Engelli sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarından alınan, engel oranını ve kalıcı olduğunu gösteren maluliyet raporu (SGK mevzuatının “Malul Sayılma” başlığı altında yer alan koşulların gerçekleşmiş olması gerekir.)
2. Tam ve kalıcı maluliyete neden olan hastalığın ilk teşhisine ilişkin sağlık kayıtları (Hastane raporu, epikriz vb.) veya tam ve kalıcı maluliyete neden olan kazaya ilişkin belgeler (Resmi kuruluşlar tarafından düzenlenen kaza raporu ve/veya kazaya ilişkin olay yeri inceleme ve tespit tutanakları)
3. SGK müdürlüklerinden veya herhangi bir eczaneden alınacak medula kayıtları (Kullanılan ilaç listesi , Rapor görme , Muayene detay kayıtları)
4. Katılımcıya ait kimlik fotokopisi

Not: Taleplerinizin işlem durumu hakkında bilgi almak için 0850 724 55 00 numaralı telefondan Müşteri Hizmetleri Merkezi'mizi arayabilirsiniz.

Herkes İyî Gelecek



Sağlık Verilerine İlişkin Aydınlatma ve Açık Rıza Metni Bilgilendirme

Aydınlatma Metni

Şirketimize ilemiş olduğunuz sağlık verileriniz; sigortacılık veya bireysel emeklilik mevzuatı ve ilgili diğer mevzuat kapsamında ürün ve hizmetimizin sunulması, işlem sahibinin bilgilerinin tespiti, elektronik veya kağıt ortamında sözleşmeye dair işlemlere dayanak olan tüm kayıt ve belgelerin düzenlenmesi; maluliyetinizin ve/veya tazminat talebinizin değerlendirilebilmesi, tabi olduğumuz mevzuat gereği bilgi/belge saklama, raporlama ve bilgilendirme yükümlülüklerine uyulması ile denetim faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi amaçlarıyla işlenebilmektedir.

Sağlık verileriniz; gizlilik sözleşmeleri ile güvence altına aldığımız sağlık durumunuz konusunda uzman görüşü veren kuruluşlara, destek hizmeti sağlayıcılarına, reasürans süreçleri nedeniyle yurt içi veya yurtdışında bulunan reasürans şirketlerine, mevzuattan kaynaklanan yükümlülüklerimize istinaden düzenleyici ve denetleyici kamu kurum ve kuruluşlarına ve yargı mercilerine aktarılabilir.

Sağlık verileriniz, maluliyetin/riskin gerçekleşmesi üzerine tarafımıza ilemiş olduğunuz bilgilerden, muayene sonuçlarından veya Şirketimize ilettiğiniz sağlık belgelerinden tamamen veya kısmen otomatik yollarla toplanmaktadır.

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 6. maddesi uyarınca, sağlık verileriniz Özel Nitelikli Kişisel Veriler arasında sayılmakta olup, sağlık verilerinizin işlenebilmesi ve aktarılabilmesi için açık rızanız gerekmektedir. Kanun'un "ilgili kişinin haklarını düzenleyen" 11. maddesi kapsamındaki haklarınızın kullanımına ilişkin usul ve esaslar ile "Kişisel Verilere İlişkin Veri Sorumlusuna Başvuru Formu" anadoluhayat.com.tr internet adresinde yer almaktadır.

Aydınlatma metnini ve haklarımı okudum ve bilgilendirildim.

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Açık Rıza

Sağlık verilerimin "Veri Sorumlusu" Anadolu Hayat Emeklilik A.Ş. tarafından aydınlatma metninde belirtildiği şekilde toplanmasına, işlenmesine ve ayrıca aydınlatma metninde açıklanan kurum ve kuruluşlara aktarılmasına açık rıza gösteriyorum.

Kabul ediyorum.

Kabul etmiyorum.

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

BEH/Police No: