

İşsizlik Beyan Formu

(Bu sayfa sigortalı tarafından kendi el yazısı ile doldurulmalıdır.)

Sigortalı Bilgileri

Adı Soyadı	
T.C. Kimlik Numarası	
Cep Telefonu Numarası	
E-posta Adresi	
İletişim Adresi	
Bilgilendirmeler için iletişim tercihiniz: <input type="checkbox"/> E-posta <input type="checkbox"/> Posta Adresi	
Belirli süreli ya da mevsimsel iş sözleşmesi ile mi çalışmaktaydınız? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
İşten ayrılma sebebiniz nedir?	
<input type="checkbox"/> Kendi isteğimle ayrıldım.	Sebebi:
<input type="checkbox"/> İşverenim tarafından çıkartıldım.	Sebebi:
<input type="checkbox"/> Sözleşmemin süresi sona erdi. / Mevsim sona erdi.	
İşe Giriş Tarihiniz	İşten Çıkış Tarihiniz
İş Yeri Unvanı	
İş Yeri Telefon Numarası	
Sigortalı Adı Soyadı	
İmza	

Lütfen bu bölümü imzalamadan önce dikkatlice okuyunuz:

İşbu beyan ile tazminat talebime dair yukarıdaki formda yer alan bilgilerin tam ve doğru olduğunu, tazminata dair yukarıdaki beyanlarımdan herhangi birinin doğru olmadığını veya eksik olduğunun anlaşılması durumunda, Cigna Sağlık Hayat ve Emeklilik A.Ş.'nin (Sigortacı) poliçe/sertifika çerçevesinde alınan talebimi ve buna dayalı tazminat ödemesini reddetmeye hakkı bulunduğunu, Sigortacının uğrayacağı zararları tazmin edeceğimi, sigorta tazminatının alınması için gerçeğe aykırı bilgi vermenin **Türk Ceza Kanunu'nun 157 ve 158'inci maddeleri uyarınca, nitelikli dolandırıcılık sayılabileceğini ve 5 yıla kadar hapis cezasına hükmedilebileceğini** bildiğimi, iş akdinin feshine ilişkin Sosyal Güvenlik Kurumu'na verilen beyannamelerin yanlış olması halinde ilgili mevzuat çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu'na bildirimde bulunulacağını bildiğimi,

İşbu İşsizlik Beyan Formu'na konu tazminat talebime ilişkin olarak, sigortacıyı, acentesini ve sigortacı adına hareket eden kişi ve kurumları, daha önceki ve mevcut işverenlerim, işveren(ler)imin bağlı olduğu kurumlar, Sosyal Güvenlik Kurumu ve İş Kurumu başta olmak üzere tüm kamu kurumları ve tazminat talebimin değerlendirilmesi için başvurulması gerekli olan diğer özel kurumlar ve kamu kurumları nezdinde araştırma yapmaya, bunlardan bilgi ve belge talep etmeye yetkili kıldığımı, işbu İşsizlik Beyan Formu'nun sigortam ile ilgili her türlü işlemde kullanılabileceğini bildiğimi kabul ve beyan ederim.

İşsizlik Beyan Formu

Tazminat talebinin işleme alınabilmesi için sigortacı tarafından işlenmesine ve gerektiğinde ilgili kurumlar, iş ortakları, reasürörler dahil olmak üzere mevzuata uygun olarak yurt içi ve yurt dışındaki 3. kişilere aktarılmasına açık rızam bulunmaktadır.

Kabul Ediyorum Kabul Etmiyorum

Ayrıntılı bilgi için cigna.com.tr adresinde yer alan Aydınlatma Metni, Gizlilik Politikası ve KVKK Başvuru Formuna bakabilirsiniz.

Sigortalı Ad Soyad ve İmza:

Bu form eksiksiz olarak doldurulduktan sonra

- info@cigna.com.tr e-posta adresine gönderebilirsiniz ya da
- Size en yakın QNB Finansbank şubesine teslim edebilirsiniz.

Gerekli evrak bilgisi için cigna.com.tr adresinden en güncel bilgiyi edinebilirsiniz.

Tazminat talebiniz, gerekli belgelerin ve beyan formunun şirketimize ulaşmasının ardından değerlendirilmeye alınacak olup, talep sonuçlandığında size bilgilendirme yapılacaktır.

(Bu bölüm **imza yetkisine sahip işveren** yetkilisi tarafından el yazısı ile doldurulmalıdır.)

İşbu İşsizlik Beyan Formu çerçevesinde, aşağıdaki unvanı belirtilen işveren adına bu formu doldurmak için **yeterli ve uygun imza yetkisine sahip olduğumu**, aşağıda vermiş olduğum bilgilerin **yanlış veya gerçeğe aykırı olduğunun tespit edilmesi halinde** Sigortacının uğrayacağı **zararların işveren sıfatıyla tarafımca tazmin edileceğini**, aksi halde söz konusu zarardan şahsen sorumlu olacağımı, sigorta tazminatının alınması için gerçeğe aykırı bilgi vermenin **Türk Ceza Kanunu'nun 157 ve 158'inci maddeleri uyarınca, nitelikli dolandırıcılık sayılabileceğini ve 5 yıla kadar hapis cezasına hükmedilebileceğini** bildiğimi, sigortalının iş akdinin feshine ilişkin Sosyal Güvenlik Kurumu'na bildirimde bulunulacağımı bildiğimi kabul ve beyan ederim.

İşveren Yetkilisi Ad Soyad ve İmza:

(Sadece işveren yetkilisinin imzası alınmalıdır.)

İşsizlik Beyan Formu

İşten Ayrılan Ait Bilgiler

Adı Soyadı			
Görevi			
Çalışanın işten ayrılma sebebi nedir?			
<input type="checkbox"/> Kendi isteğiyle ayrıldı.	Sebebi:		
<input type="checkbox"/> İşveren tarafından çıkartıldı. (Fesih)	Sebebi:		
<input type="checkbox"/> Sözleşmesi sona erdi. / Mevsim sona erdi.			
İşe Giriş Tarihi		İşten Çıkış Tarihi	
Fesih ile Fesih Bildiriminin Yapıldığı Tarih			

İşveren Yetkilisi Ad Soyad ve İşverene Ait Kaşe / İmza:

Notlar:

- Lütfen imza sirkülerini ekleyiniz.
- Kaşe / İmza bölümü dolu olmayan formlar kabul edilmemektedir.
- Bu formu Cigna Sağlık Hayat ve Emeklilik A.Ş.'ye verilmek üzere sigortalıya verebilir ya da bu formu doldurup imzaladıktan sonra taratarak (PDF formatında) e-posta olarak info@cigna.com.tr adresine iletebilirsiniz.

İşbu doküman 3 sayfadan oluşmaktadır ve bir bütündür.

50-IB-2-1020-1