

Tazminat Talep Formu

Öncelikle sigortalımızın vefatından duyduğumuz derin üzüntüyü paylaşır, baş sağlığı dileklerimizi iletiriz. Size daha iyi hizmet verebilmek için bu formun her varis tarafından eksiksiz olarak doldurulup, şirketimizin sizinle iletişim kuracağı, taleplerinizi takip edeceği info@cigna.com.tr adresine gönderilmesini rica ederiz.

Sigortalı Bilgileri

Adı Soyadı*	
T.C. Kimlik / Mavi Kart Numarası	

Varis Bilgileri

Yakınlık Derecesi	
Adı Soyadı*	
T.C. Kimlik / Mavi Kart Numarası	
Vergi Kimlik Numarası**	
Cep Telefonu Numarası*	
E-posta Adresi*	

* Doldurulması zorunlu alanlardır.

**Yabancı uyruklu kişiler için doldurulması zorunlu alanlardır.

Pazarlama Tanıtım ve İletişim Onayı

Sizi ilgilendirebilecek ürün, hizmet ve kampanyalarımız hakkında size bilgi verebilmek amacıyla kişisel verilerinizin işlenmesi, sizinle iletişime geçebilmemiz ve ticari elektronik ileti gönderebilmemiz için izninizi rica ediyoruz. İzninizi istediğiniz zaman **0850 222 0 860** numaralı Müşteri Hattı'mızı arayarak kolaylıkla değiştirebilirsiniz.

Kabul Ediyorum Kabul Etmiyorum

Tarih: ____ / ____ / ____

Varis İmza:

İşbu başvuru 3 sayfadan oluşmaktadır ve bir bütündür.

50-TTİM-2-1020-1

Tazminat Talep Formu

Kişisel Veri İşleme Onayı

Kişisel verileriniz ve sağlık verileriniz size sigorta ürün ve hizmetleri sunulabilmesi için sigortacı tarafından işlenir ve gerektiğinde ilgili kurumlar, iş ortaklarımız, reasürörler dahil olmak üzere mevzuata uygun olarak yurtiçi ve yurtdışındaki 3. kişilere aktarılabilir.

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

Kişisel verilerimin işlenmesine izin veriyorum.

Evet

Hayır

Tarih: ____ / ____ / ____

Varis İmza:

İşbu başvuru 3 sayfadan oluşmaktadır ve bir bütündür.

50-TTİM-2-1020-1

Tazminat Talep Formu

Beyan ve Taahhütler

3 sayfadan oluşan bu formda beyan ettiğim tüm bilgiler ile formun ekinde sunduğum belgelerin, doğru ve tam olduğunu, beyanlarımdan veya ekli belgelerden herhangi birisinin doğru çıkarmaması veya eksik olması durumunda, sigortacının tazminat ödemesini reddetme hakkı bulunduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

İşbu formun ve bu formla verdiğim bilgilerin ve formun ekinde sunduğum belgelerin tazminat konusu da dahil ve fakat bunlarla sınırlı olmamak üzere tüm sigortacılık işlemlerinin gerçekleştirilmesi ve usulsüzlüklerin önüne geçilebilmesi için Sigortacı tarafından, reasürör şirketler, şirketlerine, acentelerine, diğer yardımcı şahıs ve temsilcilerine aktarılmasına ve bu şirket/kişilerce kullanılmasına hiçbir itirazım bulunmadığını, tazminat talebimin değerlendirilmesine ilişkin olarak; sigortacının ve yukarıda sayılan şirket ve şahısların işbu talep başvuru formunda verdiğim bilgileri yeterli görmemesi halinde yahut bu bilgilerin doğruluğunu teyit etmek amacıyla, özel ve/veya resmi kişi-kurum/kuruluşlar ile diğer sigorta şirketlerinden bilgi istenmesi ve bu kişi/kurumlar nezdindeki veraset ilamında varisi olduğum kişi ile ilgili tüm kişisel bilgilerin toplanması hususunda tam yetkili olduklarını ve bu suretle toplanan veraset ilamında varisi olduğum kişiye ait bilgilerin;

- Tazminat başvurularının işleme konması, değerlendirilmesi ve usulsüzlüklerin önlenmesi için kullanılmasına ve
- Poliçe ile ilgili olarak, Sigortacı, temsilcileri ve yukarıda sayılan şirket ve şahıslara aktarılmasına ve gerek görüldüğü hallerde bu şirket/kişilerce kullanılmasına 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 veraset ilamında varisi olduğum kişi ile ilgili talep edecekleri tüm bilgi ve belgelerin kendileriyle paylaşılması konusunda, başvuru tüm hastaneleri, doktorları, işverenleri, sigorta şirketlerini veya diğer gerçek veya kamu özel tüzel kişilerini açıkça ve gayrikabili rücu olarak yetkilendirdiğimi kabul ve beyan ederim.

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

Tarih: ____ / ____ / ____

Varis İmza:

İşbu başvuru 3 sayfadan oluşmaktadır ve bir bütündür.

50-TTİM-2-1020-1