

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 2 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 2 sayfadan oluşmaktadır ve bir bütündür.

50-TTİM-2-1020-1