

Çağrı Merkezi: 0850 222 0 860
E-posta: info@cignafinans.com.tr

İŞSİZLİK BEYAN FORMU – SAYFA 1/3

(Bu sayfa sigortalı tarafından kendi el yazısı ile doldurulmalıdır)

İşbu iki sayfadan oluşan işsizlik beyan formu çerçevesinde, aşağıda vermiş olduğum bilgilerin **yanlış veya gerçeğe aykırı olduğunun tespit edilmesi halinde tazminat alamayacağımı**, Cigna Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin uğrayacağı **zararları tazmin edeceğimi** kabul ve beyan ederim.

Sigortalı Ad – Soyadı		İmza	
T.C. Kimlik Numarası			

Cep Telefonu		E-Posta Adresi	
Adres			

İletişim Tercihiniz (Elektronik posta adresi seçilmesi halinde sürecin daha hızlı ilerleyeceğini hatırlatmak isteriz)

<input type="checkbox"/>	Bilgilendirmelerin elektronik posta (e-mail / e-posta) adresime yapılmasını rica ediyorum
<input type="checkbox"/>	Bilgilendirmelerin posta adresime yapılmasını rica ediyorum.

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	
İşyeri unvanı / İşveren Adı		İşyeri / İşveren Tel No	

Bu form sigortalı tarafından kendi el yazısı ile doldurtulmalıdır.

Sigortalı Ad – Soyadı		İmza	
-----------------------	--	------	--

Çağrı Merkezi: 0850 222 0 860
E-posta: info@cignafinans.com.tr

İŞSİZLİK BEYAN FORMU – SAYFA 2/3

(Bu sayfa sigortalı tarafından kendi el yazısı ile doldurulmalıdır)

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 Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin (Sigortacı) poliçe/sertifika çerçevesinde anılan talebimi ve buna dayalı tazminat ödemesini reddetmeye hakkı bulunduğunu, 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 beyan ederim.

İşbu İşsizlik Beyan Formuna 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 değerlendirilebilmesi için başvurulması gerekli olan diğer özel kurumlar ve kamu kurumları nezdinde araştırma yapmaya, bunlardan bilgi ve belge talep etmeye yetkili kıldığımı, işbu İşsizlik Beyan Formunun sigortam ile ilgili her türlü işlemde kullanılabileceğini bildiğimi kabul ve beyan ederim.

Tazminat talebimin işleme alınabilmesi için, hakkımda elde edilmiş veya edilecek kişisel verilerin, ilgili mevzuatın verdiği ölçüde, Cigna Finans tarafından işlenmesine, gerekli durumlarda iş ortakları ve grup şirketleriyle paylaşmasına açık rızam bulunmaktadır.

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

Lütfen bu bölümü imzalamadan önce dikkatlice okuyunuz.

Sigortalı Ad – Soyad		İmza	
T.C. Kimlik Numarası			

Bu form eksiksiz olarak doldurulduktan sonra

- info@cignafinans.com.tr e-posta adresine gönderebilir ya da
- size en yakın QNB Finansbank şubesine bırakabilirsiniz.

Gerekli evrak bilgisi için cignafinans.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.

Çağrı Merkezi: 0850 222 0 860
E-posta: info@cignafinans.com.tr

İŞVEREN BEYAN FORMU – SAYFA 3/3

(Bu form imza yetkisine sahip işveren yetkilisi tarafından elyazısı ile doldurtulmalıdır)

İşbu İşsizlik – İşveren Beyan Formu çerçevesinde, aşağıda 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 Cigna Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin uğrayacağı zararlardan işveren tarafından tazmin edileceğini, aksi halde söz konusu zarardan şahsen sorumlu olacağını, 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 verilen beyannamelerin yanlış olması halinde ilgili mevzuat çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu'na bildirimde bulunulacağını bildiğimi beyan ederim.

İşveren Yetkilisi Adı-Soyadı		İmza (Sadece İşveren Yetkilisinin imzası alınmalıdır)	
---------------------------------	--	---	--

İşten ayrılan çalışana ait bilgiler

Adı - Soyadı		Görevi	
--------------	--	--------	--

Çalışan'ın işten ayrılma sebebi nedir?

	Kendi isteğiyle ayrıldı	Sebebi	
	İşten çıkartıldı. (Fesih)	Sebebi	
	Sözleşme süresi sona erdi. / Mevsim sona erdi.		

İşe Giriş Tarihi		İşten Çıkış Tarihi	
Fesih ise fesih bildiriminin yapıldığı tarih:			

Bu form şirket imza yetkisine sahip kişi tarafından imzalanmalıdır.

İşveren Yetkilisi Adı-Soyadı		İşverene ait Kaşe - İmza	
---------------------------------	--	-----------------------------	--

Notlar;

- Lütfen imza sirkülerini ekleyiniz
- Kaşe / İmza bölümü dolu olmayan formlar kabul edilmemektedir.
- Bu formu Cigna Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye verilmek üzere sigortalıya verebilir ya da direkt olarak tarafımıza iletişim bilgilerimizden gönderebilirsiniz.