

İŞSİZLİK BEYAN FORMU

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

Sigortalı Ad – Soyad		Cep Telefonu	
TCKN		E-posta Adresi	
Adres			
Bilgilendirmeler için İletişim Tercihiniz:			
<input type="checkbox"/> Elektronik Posta <input type="checkbox"/> Posta Adresi			
Belirli Süreli ya da Mevsimsel İş Sözleşmesi ile mi çalışmaktaydınız?			
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
İşten Ayrılma Sebebiniz Nedir?			
	Kendi isteğimle ayrıldım.	Sebebi:	
	İşverenim tarafından çıkartıldım.	Sebebi:	
	Sözleşmemin süresi sona erdi. / Mevsim sona erdi.		
İşe Giriş Tarihiniz		İşten Çıkış Tarihiniz	
İşyeri Unvanı		İşyeri Tel No	
Sigortalı Ad – Soyad		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 olduğunu anlaşılması durumunda, Cigna Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş'nin (Sigortacı) poliçe/sertifika çerçevesinde anılan 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 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 el verdiği ölçüde, Cigna Finans tarafından işlenmesine, gerekli durumlarda iş ortakları ve grup şirketleriyle paylaşmasına açık rızam bulunmaktadır.

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

Sigortalı Ad – Soyad		İmza	
-----------------------------	--	-------------	--

İşbu doküman 2 sayfadan oluşmaktadır ve bir bütündür.

Çağrı Merkezi: 08502220860
Mersis: 1118124866384946

50-İB-2-0119-5

Bu form eksiksiz olarak doldurulduktan sonra

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

Gerekli evrak bilgisi için www.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.

(Bu bölüm **imza yetkisine sahip işveren yetkilisi** tarafından elyazısı ile doldurtulmalıdır.)

İşbu İşsizlik 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** 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 verilen beyannamelerin yanlış olması halinde ilgili mevzuat çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu'na bildirimde bulunulacağımı bildiğimi kabul ve beyan ederim.

İşveren Yetkilisi Ad-Soyad		İmza (Sadece İşveren Yetkilisinin imzası alınmalıdır)	
-------------------------------	--	--	--

İşten Ayrılan Çalışana Ait Bilgiler

Ad - Soyad		Görevi	
------------	--	--------	--

Çalışanın İşten Ayrılma Sebebi Nedir?

	Kendi isteğiyle ayrıldı	Sebebi	
	İşveren tarafından çıkarıldı (Fesih)	Sebebi	
	Sözleşme süresi sona erdi. / Mevsim sona erdi.		

İşe Giriş Tarihi		İşten Çıkış Tarihi	
Fesih ise Fesih Bildiriminin Yapıldığı Tarih:			
İşveren Yetkilisi Ad Soyad		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 bu formu doldurup imzalandıktan sonra taratarak (pdf formatında) e-posta olarak info@cignafinans.com.tr adresine iletebilirsiniz.