

MASAK UYUM VE KİMLİK DOĞRULAMA FORMU

Sayın Hak Sahiplerimiz,

Şirketimiz nezdindeki hayat sigortası / emeklilik poliçesinden doğan vefat tazminat talebinizin işleme alınabilmesi ve ödemenizin yasal süresi içinde banka hesaplarınıza aktarılabilmesi için, 5549 sayılı Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi Hakkında Kanun ve bağlı **MASAK Mevzuatı** uyarınca hak sahiplerinin **kimlik fotokopisi (kimlik sahibi ıslak imzalı)**, **iletişim numarası**, **iletişim adresi** ve **meslek grubu bilgilerinin** kayıt altına alınması yasal bir zorunluluktur.

Bu kapsamda, aşağıda yer alan bilgilerin **her bir varis tarafından ayrı ayrı eksiksiz doldurulması**, kimlik belgesi fotokopisinin eklenmesi ve ıslak imzalı olarak departmanımıza iletilmesini rica ederiz.

1. VEFAT EDEN SİGORTALI BİLGİLERİ

Adı Soyadı

T.C. Kimlik Numarası

2. MASAK KAPSAMINDA ZORUNLU KANUNİ VARİS BEYAN BİLGİLERİ

T.C. Kimlik Numarası

İletişim Numarası

Adı ve Soyadı

İletişim Adresi

(Açık Adres, İlçe, İl)

IBAN Numarası

TR [][] [][][][] [][][][][] [][][][][][] [][]

Meslek Grubu / Unvan

* MASAK ZORUNLU ALANI: Kişinin ne işle meşgul olduğu, gelir kaynağı ve işlem riskini değerlendirmek için alınan beyandır. Detaylı (Örn: İnşaat Mühendisi, Tekstil İşçisi, Tüccar, Esnaf, Kamuda Memur, Emekli Astsubay, Tıp Öğrencisi, Ev Hanımı, İş Makine Operatörü, Aşçı, Reyon Personeli vb.). Meslek bilgisi olarak “diğer” ifadesi kabul edilememektedir.

***Tüm bilgiler zorunludur. Kimlik fotokopisi ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.**

****Her bir varis tarafından ayrı ayrı eksiksiz doldurulması gerekmektedir.**

Mevzuat Onay Beyanı: MASAK ve 6698 sayılı KVKK mevzuatları kapsamında; yukarıda beyan ettiğim iletişim, adres, meslek ve finansal bilgilerimin doğruluğunu, yasal kimlik tespitimin yapılması amacıyla bu verileri kendi rızamla sunduğumu, hatalı veya eksik beyanlardan doğacak tüm sorumluluğun tarafıma ait olduğunu kabul ve beyan ederim.

**Yukarda Bilgileri Bulunan Kanuni Varisin
Islak İmzası**

Tarih: / /
