

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

İki nüsha olarak düzenlenen bu form, sigorta ettirene ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, gerek yapılacak sigorta sözleşmesinin müzakeresi sırasında gerekse sigortanın devamı sırasındaki hakları, yükümlülükleri, sözleşmenin konusu, işleyişi ve önemli nitelikteki bazı değişiklik ve gelişmeler konusunda genel bilgi vermek amacıyla 28/10/2007 tarihinde yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

A- TEMİNATLAR

1. Sigortalı/Sigortalıların poliçede/zeyilnamede, belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masraflarını, poliçe/Zeyilnameye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, TTK, Genel hükümler, Sağlık Genel şartları ve Özel şart hükümlerine göre teminat altına alır.
2. Tarifaların, sigorta genel şartlarına ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmaması ve sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şart kararlaştırılabilme hakkı vardır.
3. Acil Vakalar Sağlık sigortası poliçesi, teminat kapsamı aşağıda belirtilmiştir.

ACİL VAKALAR

Acil durum nedeniyle cerrahi müdahale ve/veya yatış gerektiren durumlarda, ameliyatsız yatışlara ve/veya sigortalının yatmasını gerektirmeyen durumlarda poliçede yazılı limit ve katılım oranı dahilinde vaka başına ödenir. Sigortalının durumunun stabil hale gelmesi sonrasında devam eden ve/veya planlanan tedavi giderleri poliçe kapsamında değerlendirilmez.

Aşağıda listesi verilmiş olan hastalıklar, yine aşağıda belirtilen teminatlar kapsamında, Müşteri Hizmetleri Merkezince onaylanan durumlar sertifikada belirtilen katılım oranında, MAPFRE GENEL SİGORTA A.Ş. tarafından belirlenen teminat limitleri esas alınarak ödenecektir.

Bu ürün kapsamında verilen teminatlar;

- a) Acil Cerrahi Yatış Teminatı b) Acil Dahili Yatış Teminatı c) Oda Yemek Teminatı d) Yoğun Bakım Teminatı e) Ambulans Teminatı

ACİL DURUM OLARAK NİTELENDİRİLEN HASTALIKLAR;

- Suda boğulma, Trafik kazası, Terör, sabotaj, kurflunlanma, bıçaklanma, kavga v.b. (Kendisinin olayın hazırlayıcısı yada tarafı olmadığı, kazaan maruz kaldığı durumlarda geçerli), Tecavüz, Yüksekten düflme, Ciddi iş kazaları, uzuv kopmaları, Elektrik çarpması, Donma, soğuk çarpması, Isı çarpması, Ciddi yanıklar, Ciddi göz yaralanmaları, Zehirlenmeler, Anafilaktik flock, Omurga ve alt ekstremitte kırıkları, Kalp krizi, hipertansiyon krizleri, Akut solunum problemleri, şuur kaybına neden olan her türlü organik kusur, Ani felçler, Ciddi genel durum bozukluğu, Yüksek ateş (39.5 üzeri), Diabetik ve üremik koma, Genel durum bozukluğunun eflık ettiği dializ hastalığı, Akut batın, Akut masif kanamalar, Menenjit, ensefalit, beyin apsesi, Renal kolik

Teminatlar ve bekleme süreleri; seçilen ürün ve planın özelliğine göre farklılaşabilmektedir.

Poliçe genel ve özel şartlarında belirtilenler dışında sigorta flirketinin poliçe bazında da poliçe bafvurusu sırasındaki beyanları nazara alarak kendi risk kabul esaslarına göre ayrıca özel istisna ile belli bir rahatsızlığı, hastalığı veya kazayı teminat dışında tutması mümkündür.

İsteğe bağlı olarak alınabilecek ek teminatlar için Müşteri temsilcinize danışınız. Lütfen size verilen teklifin ve poliçenizin hazırlansını müteakip sertifikanızdan teminatlarınızı okuyup kontrol ediniz.

B- POLİÇE PRİM HESABI

Sigortalı adayının primleri; Sigortacı'nın Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca sigortalı portföyünün sağlık risklerine, seçilen plan, teminat, yaş, cinsiyeti ile sağlık enflasyonu dikkate alınarak şirket tarafından belirlenen ve tüm satış kanallarına duyurusu yapılan, tarife satış primleri üzerinden Sigortalı adayının primleri hesaplanır. Sigorta başlangıç tarihinden sonra aile kapsamına eş, çocuk eklenmesi durumunda Sigortacı'nın ilgili talebi kabul etmeme hakkı saklı kalmak kaydıyla eklenecek sigortalı adayının primi yıllık poliçe primi üzerinden gün esasına göre hesaplanarak işleme alınır. Poliçe kapsamındaki Sigortalıların primleri ve vadeleri poliçe ön yüzünde; teminatları limit, katılım vb. plan bilgileri sertifika tablosunda belirtilir.

Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır. Poliçe primi peşin olarak tahsil edilmektedir.

AİLE İNDİRİMİ

Bireysel poliçelerde, poliçe dahilinde anne, baba ve çocuklardan oluşan kişi sayısının 2 veya daha üstü olması halinde %10 aile indirimi uygulanır, bu indirim oranı her poliçe dönemi için sigortacı tarafından belirlenip poliçe net primine uygulanır.

C- GENEL BİLGİ VE UYARILAR

1. Sağlık Sigortaları 14 günlükten büyük bebekler ve 66 yaş altındaki kişileri teminat altına alır.
2. Sigorta ettiren/sigortalıların; sigortalanma teleplerini Başvuru Formu eksiksiz ve doğru doldurmak suretiyle yapmaları gerekir. Başvuru Formlarının eksiksiz doldurulması ve ıslak imzalı olması gerekmektedir.
3. Ayrıca başvuru formunda sorulmamış olsa bile sözleşme konusu rizikonun takdirine etkili olan ve tarafınızca bilinen diğer hususlarında başvuru sırasında beyan etme mükellefiyetiniz bulunmaktadır.
4. Sözleşmenin yapılmasından sonra meydana gelen değişiklikleri süresi içinde sigortacıya bildirmek zorunludur.
5. Yanlış ya da eksik bilgi vermenin tazminat hakkınızı ortadan kaldıracağı veya aleyhinize sonuç doğuracağını nazara alarak lütfen sözleşmenin her aşamasında sigortacıya eksik ya da yanlış bilgi vermemekten kaçınınız.
6. Başvuru formunda eksik bırakılan soru yanıtları HAYIR olarak işleme alınacaktır.
7. Sigortacı sigortalının sağlık riskini değerlendirebilmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık durumu ve/veya Risk Kabul yönetmeliği doğrultusunda şirketin başvuru reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır.
8. Başvuru reddi, poliçe iptali işlemleri sigorta ettirenin yazılı beyanına istinaden işleme alınmaktadır. İlgili işlemin tamamlanması sonucunda başvuru formu ekinde yer alan bilgilendirme formu ek belgenin başlangıç tarihi itibarıyla hükmünü kaybetmektedir.
9. Sağlık sigortası Genel şartları 8. Maddesi gereğince sağlık sigortalılarında prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır.
10. İleride doğacak ihtilafları önlemek için prime ait peşinatı nakit vermeniz durumunda makbuz almayı unutmayınız.
11. Sigorta için ödenen primler vergiden düşülebilir. Bu konuda sigortacınıza danışınız.

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

8. Sözleşmenin yapılmasından sonra, sigorta şirketinin izni olmadan, rizikoya etki edebilecek hususlarda meydana getirilen değişikliklerin sekiz gün içinde Sağlık Sigortası Genel şartları 7. Maddesi gereği sigorta şirketine bildirilmesi gerekir.
9. Ferdi Poliçe kapsamında bulunan sigortalılardan herhangi birinin, poliçe genel şartlarına ve uygulama esaslarına ters düflen, kasıtlı olarak yarar sağlama amacı güden bir giriflimde bulunması durumunda poliçe kapsamında bulunan tüm sigortalıların poliçesi derhal iptal edilecektir.
10. Sigorta şirketi, sigorta süresi öncesi ve sonrasında sigortalıyı tedavi eden tüm doktorlar, sağlık kuruluşları ve üçüncü şahıslardan sigortalının sağlık özgeçmişi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını isteme hakkına sahiptir. Sigortalı iyi niyet kuralları çerçevesinde, bunu yerine getirmeyi kabul etmezse, sigortacı tazminatı ödememe veya anlaşmayı iptal etme yoluna gidebilir.
11. Sigortacı, yenileme dönemlerinde teminatlar, teminat limitleri ve teminatlara bağlı primleri makul ölçüler içinde belirler ve poliçe özel şartlarında değişiklik yapma hakkına sahiptir. Bu değişiklik her bir sigortalı için yenileme dönemi itibarıyla geçerli olacaktır.
12. Sigorta poliçesi teslim edilmiş olsa bile sigorta priminin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmeden sigortacının sorumluluğu başlamaz. Sağlık Sigortası Genel şartları Madde 8 gereği; Sigorta ettiren kimse, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer ve prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 30 gün içinde dahi ödemediği takdirde sigorta sözleşmesi hiç bir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur.
13. Sigorta Hakkında daha ayrıntılı bilgi için Lütfen Sigorta Özel ve Genel şartlar Kitapçığı, Anlaşmalı Kurumlar Kitapçığını dikkatlice okuyunuz. Başvuru ve akdın müzakeresi sırasında da Sigorta Özel ve Genel şartlar Kitapçığını talep halinde alabilirsiniz.
14. Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde aksi kararlaştırılmadıkça Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de ve her halükarda rizikonun gerçekleşmesiyle sona erer.
15. Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz bir şekilde sigortacıya ulaşmasından itibaren azami 10 gün içinde sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.
16. Sistemimizde mevcut olan kimlik, adres telefon vb. bilgilerinizin değişikliğinde size daha rahat ulaşabilmemiz için lütfen, [bilgi@mapfregenelsigorta.com](mailto: bilgi@mapfregenelsigorta.com) adresine ya da 0 212 334 90 08 no'lu faksımıza bildiriniz.

D- İSTİSNALAR

Teminat dışında olan haller için Sağlık Sigortası Genel şartları, ile Acil Vakalar Sağlık Sigortası Poliçesi Özel şartlarında yer alan istisnalara bakınız.

E- STANDART BEKLEME SÜRELERİ

1. Hak sahipleri, poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için, ilgili belgeleri sigortacıya vermekle yükümlüdür. Tazminat ödemelerinde istenen evraklar, poliçeden alınan teminatlara göre oluşacak tazminat talimatlarında farklılık göstermektedir.
2. Anlaşmalı kurumlarımızın listesi size verilecek Anlaşmalı Kurumları Kitapçığında mevcuttur. Sürekli güncellenen Anlaşmalı Kurumlar bilgisi için www.mapfregenelsigorta.com adresimizi ziyaret edebilir ya da 0 212 334 62 72 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri Merkezimize ulaşabilirsiniz.
3. Tazminat ödemeleri Poliçe Özel ve Genel şartları varsa Ek Protokol ve sertifikasının teminat limitleri dahilinde değerlendirilecektir.
4. Anlaşmalı kurumlarımızda gerçekleşen tazminat taleplerinde kartsız işlem yapılamaması nedeniyle tanıtım kartınızla başvurmanız gerekmekte, şirketimizce belirlenmiş durumlarda ve/veya belirlenmiş limitlerin üstünde kurum tarafından flirketimize ulaşarak provizyon alınması gerekmektedir.
5. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme yükümlülüğü sigorta şirketine aittir.

F- DİĞER BİLGİLER

Sigortacı Tahkim Sistemine üyedir.

Sigorta Tahkim Komisyonu, sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kifliler ve Sigorta Tahkim Sistemine üye sigorta kuruluşları arasında, sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkların çözümü için, 5684 sayılı Kanunun 30. maddesi çerçevesinde oluşturulmuştur.

M- ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

1. Gerek sigorta sözleşmesinin müzakeresi ve kurulması sırasında gerekse sözleşmenin geçerli olduğu süre içinde sigortayla ilgili teknik konularda, yapılacak veya yapılmış sigortacılık işlemlerinin özellikleri ve sözleşmeye konu sigorta teminatı ile sigortanın işleyişi ile ilgili tarafınıza sözlü olarak verilen bilgiler yanında sigortaya ilişkin her türlü bilgi talebi ile şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara da başvuruda bulunabilirsiniz. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 işgünü içinde talepleri cevaplamak zorundadır.
2. Poliçenizin veya ret mektubunuzun başvuru tarihinden itibaren 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması durumunda 0 212 334 62 72 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri Merkezimize ulaşabilirsiniz.

Ben aşağıdaki imza sahibi; 2 sayfadan oluşan bu başvuru ve bilgilendirme formunda belirtilen sigorta şartlarını kabul ederek doldurduğumu beyan ederim.

SİGORTA ETTİREN / SİGORTALI

Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih: