

FAP BİREY/AİLE SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

Üç nüsha olarak düzenlenen bu form, Sigorta Ettiren'e ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, gerek yapılacak Sigorta Sözleşmesi'nin 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 Yönetmelik'e istinaden hazırlanmıştır.

A - TEMİNATLAR

1. Sigortalı/Sigortalıların Poliçe'de/Zeyilname'de, belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masraflarını, Poliçe/Zeyilname'de belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, TTK, Genel Hükümler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart Hükümleri'ne göre teminat altına alır.
2. Tarafların, sigorta genel şartlarına ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmamak ve Sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şart kararlaştırılabilme hakkı vardır. Sağlık Sigortası Poliçeniz, seçtiğiniz ürün ve teminatlara göre farklılık göstermektedir. Ürünlere ait tüm teminatlar aşağıda belirtilmektedir.

a. Ayakta Tedavi Teminatları

Doktor Muayene	Reçeteli İlaç	Tanı/İleri Tanı Amaçlı İncelemeler	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
----------------	---------------	------------------------------------	--------------------------------

b. Yatarak Tedavi Teminatları

Ameliyat/Yatış	Kemoterapi	Yoğun Bakım	Küçük Müdahale
Operatör Doktor Ücret	Diyaliz	Radyoterapi	Oda-Yemek-Refakatçi

c. Diğer Teminatlar

Evde Tıbbi Bakım	Annelik	Yurt Dışı Yatarak
Hava/Kara Ambulansı	Kontrol PSA/Mamografi	Standart Check Up

Teminatlar ve bekleme süreleri, seçilen ürün ve planın özelliğine göre farklılaşabilmektedir. Poliçe genel ve özel şartlarında belirtilenler dışında sigorta şirketinin Poliçe bazında da Poliçe başvurusu sırasındaki beyanları dikkate 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 teklif ve Poliçenizde belirtilen teminatlarınızı okuyup kontrol ediniz.

Sigortalı'nın iş bu sağlık poliçesi kapsamındaki satın almış olduğu ana teminatlar Poliçe'nin ön yüzünde belirtilen "teminat tablosunda" yer almaktadır. Poliçe'nin ilerleyen sayfalarından yer alan Poliçe özel şartlarına ilişkin açıklamalardan ve bilgilendirmelerden, salt Sigortalı'nın satın almış olduğu Poliçe ön yüzünde yer alan teminatlara ilişkin olanlar geçerli olup, Poliçe ön yüzündeki teminat tablosunda belirtilmeyen teminatlara ilişkin yer alan özel şart açıklama ve bilgilendirmeleri teminat kapsamı dışındadır. Sigortalı/Sigorta Ettiren satın almış olduğu teminatların Poliçe'nin ön yüzünde yer alan teminat tablosu ile sınırlı olduğunu kabul etmiştir.

B - POLİÇE PRİM HESABI

Sigortacı'nın Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca sağlık riski seçilen plan, teminatlar, Sigortalı'nın yaşı ve cinsiyeti, sağlık enflasyonu ilgili yaşın portföydeki hasar/prim oranı dikkate alınarak şirket tarafından belirlenen ve tüm satış kanallarına duyurusu yapılan tarife satış primleri üzerinden Sigortalı adayının primleri hesaplanır. Sigorta başlangıç tarihinden sonra aile kapsamında eş, çocuk eklemesi ya da Sigortalı'nın plan değişikliği talebinde bulunması durumunda talep, Sigortacı'nın ilgili talebi kabul etmeme hakkı saklı kalmak kaydıyla talep tarihinde yürürlükte olan primler üzerinden işleme alınır. Sigortalıların primleri, indirimleri ve vadeleri Poliçe ön yüzünde belirtilir. Poliçe primi Sigorta Başlangıç Tarihi'ndeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır.

İNDİRİMLER VE EK PRİMLER

MAPFRE Sigorta A.Ş. aşağıda belirtilen şartlara uyan Poliçelerde, belirlenmiş indirim ve ek prim oranlarını hesaplayarak sigorta poliçesini düzenler.

FAP BİREY/AİLE SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

1 - TAZMİNATSIZLIK İNDİRİMİ

Bu üründe, Sigortalı'nın poliçesinde yatarak tedavi veya yatarak + ayakta tedavi ayrımı olmaksızın Tazminatsızlık İndirimi uygulanabilmektedir. Tazminatsızlık İndirimi hesaplanırken Poliçe'de yer alan her Sigortalı için toplam ödenen tazminatın Sigortalı'nın toplam gün esaslı net primine oranı esas alınır. Sigortalı, hiç tazminat almamış olması ve Yineleme koşullarına göre sözleşmesini aynı sigorta şirketinden devam ettirmesi halinde yeni sözleşmesinin primleri üzerinden tazminatsızlık indirimine hak kazanır. Plan değişikliği yapan Sigortalılar, hak etmiş oldukları planda indirimden yararlanabilirler.

Uygulanacak indirim oranı aşağıdaki şekildedir:

Tazminat Talebinde Bulunulmadan Geçen Sigortalılık Süresi	Uygulanacak İndirim Oranı
1. yinelemede	%20
2. yinelemede	%30
3. yinelemede	%40
Sonraki yıllar	%40

Tazminat ek primi; bu üründe tazminat ek primi uygulanmamaktadır.

2 - RİZİKO EK PRİMİ

Sigortalı'nın başvurusu ve/veya risk analizine ulaşan mevcut bilgileri doğrultusunda yapılan değerlendirme sonucunda Sigortalı'nın taşıdığı risk için sigorta şirketince uygulanan ek primlerdir.

Riziko Ek Primi tüm teminatlar için ve/veya bazı teminatlar için uygulanabilir. Devam eden Poliçe dönemi içinde Sigortalı'nın tespit edilmiş olan (eksik ve/veya yanlış beyan veya mevcut beyansızlık durumları dahil) sağlık problemine göre Sigortacı ikinci bir risk analizi (2.U/W) yaparak tespit edilen duruma ilişkin yeni bir şartlı kabul (kapsam dışı, ek prim, limit, standart vb.) belirleyebilir. Risk analiz işlemleri sırasında istenilen risk ek primi için Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı onayı alınması zorunludur.

C - GENEL BİLGİ VE UYARILAR

1. Sağlık sigortaları 14 günlükten büyük bebekler ve 60 yaş altındaki kişileri teminat altına alır.

2. Sigorta Ettiren/Sigortalıların, sigortalanma taleplerini Başvuru Formu'nu eksiksiz ve doğru doldurmak suretiyle yapmaları ve Başvuru Formlarının ıslak imzalı olması gerekmektedir. Ayrıca Başvuru Formu'nda sorulmamış olsa bile sözleşme konusu rizikonun takdirine etkili olan ve tarafınızca bilinen diğer hususları da başvuru sırasında beyan etme mükellefiyetiniz bulunmaktadır.

Sözleşmenin yapılmasından sonra meydana gelen değişiklikleri süresi içinde Sigortacı'ya bildirmek zorunludur. Yanlış ya da eksik bilgi vermenin tazminat hakkınızı ortadan kaldıracak ya da aleyhinize sonuç doğuracağını dikkate alarak lütfen sözleşmenin her aşamasında Sigortacı'ya eksik ya da yanlış bilgi vermekten kaçınınız. Başvuru Formu'nda eksik bırakılan soru yanıtları "HAYIR" olarak işleme alınacaktır.

3. Sigortacı, Sigortalı'nın sağlık riskini değerlendirebilmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık durumu ve/veya Risk Kabul Yönetmeliği doğrultusunda şirketin başvuruyu reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır. Başvurunun reddi durumunda Başvuru ve Bilgilendirme Formu hükmünü kaybetmektedir.

4. Poliçe iptali işlemleri Sigorta Ettiren'in yazılı beyanına istinaden işleme alınmaktadır. İlgili işlemin tamamlanması sonucunda Başvuru Formu ekinde yer alan bilgilendirme formu ek belgenin başlangıç tarihi itibarıyla hükmünü kaybetmektedir.

5. Sağlık Sigortası Genel Şartları 8. Maddesi gereğince sağlık sigortalarında prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır.

6. İleride doğacak ihtilafları önlemek için prime ait peşinatı nakit vermeniz durumunda makbuz almayı unutmayınız.

7. Sigorta için ödenen primler vergiden düşülebilir. Bu konuda Sigortacınıza danışınız.

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 düşen, kasıtlı olarak yarar sağlama amacı güden bir girişimde bulunması durumunda Poliçe kapsamında bulunan tüm Sigortalıların poliçesi derhal iptal edilecektir. Devam eden Poliçe dönemi içinde Sigortalı'nın tespit edilmiş olan (eksik ve/veya yanlış beyan veya mevcut beyansızlık durumları dahil) sağlık problemine göre Sigortacı ikinci bir risk analizi yaparak tespit edilen duruma ilişkin yeni bir şartlı kabul (kapsam dışı, ek prim, limit, standart vb.) belirleyebilir.

FAP BİREY/AİLE SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

10. Sigortalı'nın sağlık durumunun tespiti için Sigortacı doktor muayenesi ve ek tetkikler talep ederse; bahse konu işlemlere ilişkin masraflar Sigortalı'nın geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, Sigortalı'nın geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermemesi durumunda Sigorta Ettiren Sigortalı tarafından karşılanır.
11. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi için lütfen Sağlık Sigortası Özel ve Genel Şartları'nı dikkatlice okuyunuz.
12. Sigortalı'nın istisnaları, teminatları, limit, katılım oranı, plan bilgileri vb. Poliçe üzerinde belirtilir.
13. Sigorta, Poliçe'de başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde aksi kararlaştırılmadıkça Türkiye saati ile öğlen 12:00'da başlar ve öğlen 12:00'da ve her halükarda rizikonun gerçekleşmesiyle sona erer.
14. Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz bir şekilde Sigortacı'ya ulaşmasından itibaren azami 10 gün içinde Sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.
15. Başvuru Formu'nda belirtilen iletişim bilgilerinin eksik ya da hatalı olması durumunda bilgilendirme yapılamayacağından sorumluluk sigorta şirketine ait değildir Sistemimizde mevcut olan kimlik, adres, telefon vb. bilgilerinizin değişikliklerini size daha rahat ulaşılabilmemiz için lütfen musterihizmetleri@mapfre.com.tr adresine ya da 0212 334 62 60 no'lu faksımıza bildiriniz.
16. www.mapfre.com.tr web adresimizden Online İşlemler başlığı altında yer alan Sigortalı Online sisteminden Poliçenize ait tüm bilgileri öğrenebilirsiniz.
17. MAPFRE Sigorta A.Ş. network için belirlediği anlaşmalı kurumları Poliçe dönemi içinde değiştirme veya ilgili anlaşmalı kuruluşu tamamen anlaşmalı network kapsamından çıkarma hakkına sahiptir.

D – GENEL İSTİSNALAR

Bütün teminatlara uygulanır.

Aşağıda belirtilen durumlarla ilgili bütün Hastane Tedavisi ve/veya incelemeleri, bu Poliçe'nin teminatının dışında kalır.

Durumlar

1. Kayıt Tarihi'nden önce doğmuş Sigortalılar için, beyan edilmemiş konjenital (doğuştan gelen) hastalıklar ve/veya yapı bozuklukları.
2. Kilo kontrol bozuklukları, örn. bulimia, anorexia nervosa.
3. Önceden mevcut olduğu halde beyan edilmemiş hastalıklar.
4. AIDS ve bağılantılı bütün rahatsızlıklar.
5. Psikiyatrik tedavi gerektiren ruh hastalıkları.
6. Yaşlılıktan ileri gelen bunama ile ilgili rahatsızlıklar.
7. Alzheimer hastalığı.
8. Alkolizm, aşırı alkol, uyuşturucu veya halüsinasyon yaratıcı madde kullanımı neticesinde meydana gelen bütün masraflar.
9. Beyan edilmemiş bir profesyonel spor faaliyetinin yürütülmesi neticesinde meydana gelen tıbbi tedavi masrafları.
10. Motosiklet kullanma, ip kullanarak tırmanmayı gerektiren dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant ve delta kanatla uçuş gibi beyan edilmemiş ve bunlarla kısıtlı olmayan tehlikeli spor ve faaliyetlerden kaynaklanan tıbbi tedavi masrafları.
11. Diyet, psikolojik rahatsızlıklar.
12. Alternatif tedavi yöntemleri.
13. Sigortalı'nın sağlığını tehlikeye sokmadan hastaneye yatmadan da yürütülebilecek tedaviler, incelemeler ve işlemlerin hastaneye yatırılarak yapılması.
14. Belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmayan incelemeler.
15. Belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmayan tedaviler.

FAP BİREY/AİLE SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

16. Poliçe'de açık olarak belirtilen Özel İstisnalar başlığı altında teminat dışı tutulan bütün durumlar (bkz. Poliçe).
17. Yurt dışındaki ayakta tedaviler.
18. Dış Tedavisi ile ilgili yapılan tüm muayeneler.

E - TEMİNAT İSTİSNALARI VE BEKLEME SÜRELERİ

TEMİNAT GRUBU - A - HASTANEDE TEDAVİ

Aa - TEMEL TEMİNAT

Durumlar	Bekleme Süresi
1. Poliçe geçerlilik tarihinde oluşan bir kaza sonucu ortaya çıkmayan bütün masraflar.	1 ay
2. İç organ fıtıkları.	12 ay
3. Hemoroid, anal fistül.	12 ay
4. Bademcik, adenoid, burun septum deviasyonu.	12 ay
5. Kanser ve her türlü tümör.	12 ay
6. Doğum.	12 ay
7. Şeker hastalığı	12 ay
8. Rahim miyomları, histerektomi, endometriosis.	12 ay
9. Varikosel, hidrosel.	12 ay
10. Poliçe geçerlilik tarihinde oluşan bir kaza sonucunda meydana gelmedikçe omurga cerrahisi, bel fıtıkları.	12 ay
11. Poliçe geçerlilik tarihinde oluşan bir kaza sonucunda meydana gelmedikçe diz cerrahisi.	12 ay
12. Kısırlık, kısırlaştırma.	24 ay

Hastanede Tedavi Teminat Kapsamının Dışındaki Durumlar

- Hastanede yapılması gereksiz olan tedaviler.
- Hastanede tedavi görmeyi gerektirse de taburcu olma tarihinden en az 24 saat önce MİM'ne bildirilmeyen vakalar.
- Doktor olmayan bir kişi tarafından hastaneye sevk edilen bütün vakalar.
- Poliçe geçerlilik tarihinde oluşan bir kaza sonucunda tıbbi gereklilik oluşmadıkça, plastik cerrahi.
- Poliçe geçerlilik tarihinde oluşan bir kaza sonucunda tıbbi gereklilik oluşmadıkça, diş tedavisi, diş ve dişeti cerrahisi.
- Poliçe geçerlilik tarihinde oluşan bir kaza sonucunda tıbbi gereklilik oluşmadıkça, kırılma kusuru cerrahisi.
- Poliçe geçerlilik tarihinde oluşan bir kaza sonucunda tıbbi gereklilik oluşmadıkça, işitme kusuru cerrahisi.

Ab - ÖZEL DURUMLARDA YURT DIŞINDA TEDAVİ TEMİNATI (ASTRA)

Genel İstisnalar'a ve Temel Teminat (Aa) çerçevesinde dökümü verilen istisnalara ek olarak, Sigortalı'nın ikamet ettiği ülkede gerekli tedaviyle ilgili teknoloji ile bilginin mevcut olduğu bütün durumlar kapsam dışıdır.

TEMİNAT GRUBU - B - AYAKTA TEDAVİ

Ba - TANI AMAÇLI İNCELEMELER

Genel İstisnalar'a ek olarak, aşağıda belirtilen incelemelerde ve Bekleme Süresi olanlarda bu sürenin bitimine kadar, Poliçe teminat kapsamı dışında tutulmuştur.

FAP BİREY/AİLE SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

İncelemeler

Bekleme Süresi

1. Hamilelik boyunca yapılan bütün incelemeler.
2. Kısırlıkla ilgili bütün testler.

12 ay
24 ay

Kapsam Dışı İncelemeler

1. Tazminat Talep Formu'nda belirtilmeyen bütün incelemeler.
2. Bir tıp doktoru tarafından talep edilmeyen bütün incelemeler.
3. Gereksiz yere yapılan bütün incelemeler.
4. Alerji tedavisi ilgili bütün incelemeler.

Bb - İLAÇ

Genel İstisnalar'a ek olarak, aşağıda belirtilen ilaçlar ve Bekleme Süresi olanlarda bu sürenin bitimine kadar, Poliçe teminat kapsamı dışında tutulmuştur.

İlaçlar

Bekleme Süresi

1. Şeker hastalığı, yüksek tansiyon, diğer kalp damar hastalıkları, yüksek kolesterol, sara, parkinson hastalığı, kanser gibi ve bunlarla sınırlı olmaksızın kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan bütün ilaçlar.
2. Kısırlıkla ilgili bütün testler.

12 ay
24 ay

Kapsam Dışı İlaçlar

1. Diş ve/veya dişeti tedavisi ile ilgili bütün ilaçlar veya maddeler.
2. Tazminat Talep Formu'nda yazılmamış bütün ilaçlar.
3. Bir doktor tarafından tavsiye edilmemiş bütün ilaçlar.
4. Bir diş hekimi tarafından tavsiye edilmiş bütün ilaçlar.
5. Kozmetik olarak da kullanılabilen dermatolojik ürünler.
6. Doğum kontrol hapları.
7. Hastane'de yatarak tedavi ya da acil durumlar dışında kullanılan sargı bezleri.
8. Kozmetikler.
9. Kilo vermek amacıyla kullanılan maddeler.
10. İlaç olarak kabul edilemeyecek diğer bütün maddeler.
11. Kırılma kusurunun tedavisinde kullanılan gözlük, lens vb.
12. İşitme kusurunun tedavisinde kullanılan işitme cihazları.
13. Damardan, intra-musküler (kas içine) uygulanması gereken ilaçlarla birlikte alınmayan şırıngalar.
14. Alerji tedavisinde kullanılan bütün ilaçlar.

Bc - FİZİK TEDAVİ

Genel İstisnalar'da belirtilen tüm vakalar kapsam dışındadır.

FAP BİREY/AİLE SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

F - ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Sigorta Ettiren/Sigortalı, Genel Sağlık Sigorta Poliçesinin Kayıt Tarihi'nden kesintisiz olarak 24 ay yürürlükte kalması koşuluyla poliçenin 24 ay sonraki Yenileme Tarihi'nde, yeni bir teklif formu doldurmak suretiyle Sigortacı'ya Ömür Boyu Yenileme Garantisi için başvurabilir.

Sigortacı, Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın talebini bu maddede belirtilen şartlar dahilinde değerlendirerek Ömür Boyu Yenileme Garantisi verebilir ya da bu garantiyi vermeden Poliçe'nin her yıl Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın talebi ile yenilenmesine karar verebilir ve bu kararını yazılı olarak bildirir.

Sigortacı, yenileme garantisi için Sigortalı'nın sağlık, yaş, meslek, vs. durumuna göre risk değerlendirmesi yapar ve risk değerlendirmesi yapabilmek amacıyla gerekli gördüğü durumlarda Sigortalı'ya özel olarak, masrafları Sigorta Ettiren'e ait olmak üzere, tıbbi incelemeler yapılmasını isteyebilir. Ancak tıbbi incelemelerin yapılmış olması, Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın Sağlık Sigortası Genel Şartları 5. ve 6. Maddesi'nde belirtilen beyan etme yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz.

Sigortacı, aşağıdaki şartlarda Sigorta Ettiren'e herhangi bir yazılı ihbarda bulunmadan ve/veya ihbar süresi vermeden, yenileme garantisi için başvuran veya bu hakkı alan Sigortalı'ya yenileme garantisini vermeme veya verilen garantiyi iptal etme hakkını saklı tutar:

- .. Vadesi gelen primin Genel Şartlar'ın 7. Maddesi'nde belirtilen şartlara uygun olarak ödenmemesi.
- .. Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın, başvuru formundaki beyanında Sigortacı'nın taahhüdünü ve yenileme garantisini tekrar değerlendirmesine yol açacak bilgileri gizli tutması veya yanlış bilgi vermesi.
- .. Sigorta Ettiren'in yürürlükte bulunan Genel Sağlık Sigorta Poliçesi'nin iptal edilmesini talep etmesi.

Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın beyan etmesi gereken hususları kasten bildirmemesi halinde, sigorta poliçesi ayrıca hiçbir usul işlemine tabi olmaksızın hükümsüzdür.

Sigortacı, tüm Sigortalılara standart olarak uyguladığı özel şartları, teminat kapsamını ve tarife primlerini güncelleştirebilir. Yenileme garantisi olan poliçeler, yenileme tarihlerinde geçerli olan standart şartlar, teminat kapsamı ve tarife primlerine tabi olarak yenilenir.

Sigortacı'nın Kayıt Tarihi'nde belirlediği ve Sigorta Ettiren'in kabul ettiği her türlü sürprim yüzdesinin, her Yenileme Tarihi'nde yürürlükte olan standart tarife temel alınarak uygulanacağı kararlaştırılmış ve kabul edilmiştir. Aynı şekilde Kayıt Tarihi'nde Sigortacı'nın belirlediği ve Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın kabul ettiği bütün özel şartlar, aksi belirtilmediği takdirde her yenileme tarihinde yürürlükte olacaktır.

Sigortacı yenileme garantisini vereceği tarihte Sigortalı'nın değişen sağlık koşullarına göre ilk Kayıt Tarihi'nde uygulanan sürprim ve özel şartların dışında risk değerlendirmesi yapıp, yeni özel şart ve sürprim yüzdesi belirleme hakkına sahiptir.

Yenileme garantisini alan Sigortalı'nın yaşamı boyunca uygulanacak sürprim ve özel şartları, Sigortacı Sigortalı'nın değişen sağlık koşullarına göre güncelleştiremez. Sigortacı yenileme garantisini ve hangi şartlarda verdiğini poliçe ön yüzündeki özel şartlarda belirtmek zorundadır. Poliçe ön yüzüne yenileme garantisi ile ilgili bir kayıt düşülmediyse, Sigortacı'nın Poliçe'yi yenileme garantisi için taahhüdü yoktur.

Sigorta Ettiren/Sigortalı yenileme garantisini Genel Sağlık Sigorta Poliçesi Kayıt Tarihi'nden itibaren kesintisiz devam eden poliçesinin ikinci yılındaki planı seçmesi halinde bu plan(lar) için yenileme garantisini alabilir.

Sigorta Ettiren/Sigortalı yeni bir planı seçmek isterse, bu planda yenileme garantisine hak kazanabilmek için 24 ay beklemek durumundadır. 24 ayın sonunda yeni seçilen plan için yenileme garantisi bu maddede belirtilen şartlara uygun olarak verilebilir.

Plan değişikliği ile ilgili bu hükümler, yenileme garantisinin yürürlükte bulunduğu süre içinde yapılacak değişikliklere de uygulanacaktır.

G - İPTALLER

Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın Poliçe'nin tanzim tarihinden sonra 30 gün içinde iptal talebinde bulunması halinde; rizikonun gerçekleşmediği durumlarda Poliçe Başlangıç Tarihi itibarıyla iptal edilir ve ödenen primler kesintisiz Sigortalı'ya iade edilir.

Sigortacı'nın onayladığı ve 30 günü aşan taleplerde Poliçe Başlangıç Tarihi'nden itibaren geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanır. İptal nedeniyle Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iade edilecek tutar ödenen tazminat dikkate alınarak gün üzerinden hesaplanır.

Sigortalı'ya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı tahsil ettiği primlerden almaya hak kazandığı primleri düşerek kalan primleri Sigortalı'ya iade eder. Sigortalı'ya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını aşmıyor ancak Sigortacı'nın tahsil ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı ilgili tazminat tutarını tahsil ettiği prim tutarından düşerek kalan primi Sigortalı'ya iade eder.

FAP BİREY/AİLE SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Sigortalı'ya ödenen tazminat tutarı, hem Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını hem de Sigortalı'nın ödediği primleri aşıyorsa prim iadesiz iptal yapılır. Riziko gerçekleştiğinde primlerin henüz vadesi gelmemiş dahi olsa Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat tutarı kadar olan kısmı, muaccel hale gelir.

Sigorta Ettiren, kesin vadeleri ve tutarları Poliçe üzerinde belirtilen primlerinden herhangi birini vade bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim borcunun zamanında ödenmemesi durumunda Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesindeki hükümleri uygulanır.

Sigortacı'nın Sigortalı/Sigorta Ettiren'in kötü niyetli hareketlerini tespit ettiği durumlarda (Sigortalı olmayan kişilerin sigorta teminatlarından yararlandırılması ve sağlık giderlerinin diğer Sigortalılar adına düzenletilmesi, Sigortalı'nın bildiği ve/veya belirtilerinin sigorta başlangıç tarihinden önce başladığı halde Sigortacı'ya beyan etmediği mevcut beyansız rahatsızlıkların tespiti vb.) Sigortacı ödemiş olduğu sağlık giderlerini alma ve/veya Poliçe'yi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir.

H - SİGORTA ETTİREN VEYA SİGORTALI'NIN VEFAT DURUMU

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı'nın vefatı durumunda ise Sigortacı aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar. Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda; Sigorta Ettiren ile Poliçe'de yer alan Sigortalı/Sigortalıların farklı olması ve Sigortalıların Sigorta Ettiren'i değiştirerek Poliçe'yi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda Sigorta Ettiren değiştirilerek Poliçe'ye devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçe'de, Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda Poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin Sigortalı olduğu poliçelerde, Sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden Sigortalı'nın Poliçe'den vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi Poliçe'deki Sigorta Ettiren'e yapılır.

I - SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ

İşbu sigorta en çok 1 yıl süre ile geçerlidir. Ancak, sigorta bitiş tarihini takiben Sigortalı/Sigorta Ettiren'in talebi ile Sigortacı'nın belirleyeceği esaslar dahilinde yeni Poliçe düzenlenebilir. Yenileme döneminde plan değişikliği talebinde bulunulması halinde, Sağlık Beyan Formu istenebilir.

Sigortacı, Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olmayan Sigortalıların Sigortalı olduğu dönem içerisindeki sağlık durumunu ve/veya hasar/prim oranını inceleyerek Poliçe yenileme şartlarına karar verir.

Sigortacı'nın yeni sözleşmede geçerli olacak bir önceki dönemde ve/veya süre gelen rahatsızlıkları için Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hükümleri saklı kalmak kaydı ile şartlı kabullerde bulunması durumunda Poliçe yenilendiği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece bu şartlı kabuller geçerli olacaktır.

Sigorta Ettiren yenileme sırasında sigorta poliçesindeki Teminat Kapsamı'nı genişletmek ve/veya farklı teminat eklenmesi amacıyla Sigortacı'ya başvurabilir. Sigortacı'nın bu değişiklik talebi ile ilgili olarak yeni Başvuru Formu isteme, başvuruyu reddetme, şartlı kabul etme (Riziko Ek Primi, limit, katılım vb.) hakkı saklıdır. Yeni eklenen teminatlar için bekleme süresi yeniden başlar. Ayrıca, Poliçeler güncel olan prim, tarife ve özel şartlar ile yenilenir.

Sigortalı mevcut Poliçe'nin bitiş tarihinden 30 gün önce veya 30 gün sonrasına kadar yeni sözleşme (Poliçe) için Sigortacı'ya başvurabilir.

Yenileme tarihinin üzerinden 30 gün veya daha fazla süre geçmişse; Sigortalı için yeni bir Sigortalı gibi yeniden Başvuru Formu düzenlenecek, yeni bir Sigortalı gibi sigortaya katılacaktır. Kazanılmış hakları ve kazanmış olduğu Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı geçerli olmayacak, var olan hastalıkları için risk analizi yapılacaktır. Sigortalı'nın hasar/prim oranından kaynaklanan vb. geçmiş Poliçe'de kazanılmış indirimleri geçerli olmayacaktır.

Sigortacı'nın yeni Poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan risklerinin teminat altına alınmaması, Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca şartlı kabuller ile (limit, Riziko Ek Primi, katılım, bekleme süresi vb.) teminat altına alınması ve yenileme haklarının geçerliliğinin kaldırılması hakları saklıdır.

Sigortalı'nın yenileme sırasında Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1435. maddesinde düzenlenen beyan yükümlülüğüne uyması şarttır.

FAP BİREY/AİLE SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

İ - SAGMER (SİGORTA GÖZETİM MERKEZİ) BİLGİLENDİRME

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

J - TAZMİNAT ÖDEMELERİNİN YAPILMASI

- Hak sahipleri, Poliçe'den doğan haklarını talep edebilmek için, ilgili belgeleri Sigortacı'ya vermekle yükümlüdür. Tazminat ödemelerinde istenen evraklar, Poliçe'den alınan teminatlara göre oluşacak tazminat taleplerinde farklılık göstermektedir. Anlaşmasız kuruluşlarda gerçekleşen tazminat başvurunuz için gereken bilgi ve belgelere ilişkin açıklamalara Poliçe eklerinden ulaşabilirsiniz.
- Sürekli güncellenmekte olan anlaşmalı kuruluşlar bilgilerine www.mapfre.com.tr web adresimizden veya 0 850 755 0 755 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri Merkezimize ulaşabilirsiniz.
- Tazminat ödemeleri Poliçe özel ve genel şartları varsa ek protokol ve Poliçenizde belirtilen teminat limitleri dahilinde değerlendirilecektir.
- Anlaşmalı kuruluşlarımıza yaptığınız başvuruda provizyon işlemleri için T.C. Kimlik Numaranız yeterlidir.
- Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme yükümlülüğü sigorta şirketine aittir.

K - DİĞER BİLGİLER

Sigortacı Tahkim Sistemi'ne üye değildir.

L - ŞİKÂyet VE BİLGİ TALEPLERİ

- 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 şikâyetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara da başvuruda bulunabilirsiniz.
- Poliçenizin veya ret mektubunuzun başvuru tarihinden itibaren 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması durumunda 0 850 755 0 755 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri Merkezimize ulaşabilirsiniz.