

KOBİ 3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ 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 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 Yönetmelik'e istinaden hazırlanmıştır.

A - TEMİNATLAR

- 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/zeyilnamede belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, TTK, Genel Hükümler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart Hükümleri'ne göre teminat altına alır.
- Tarafların, sigorta genel şartlarına ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmamak ve Sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şart kararlaştırabilme 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 Amaçlı İncelemeler	İleri Tanı Amaçlı İncelemeler	Seanslı Ayakta Tedavi
---------------------------------	----------------------------	----------------------------------	-----------------------------

b. Yatarak Tedavi Teminatları

Ameliyat/Yatış	Kemoterapi	Yoğun Bakım	Hastane
Operatör Doktor Ücret	Diyaliz	Radyoterapi	Oda-Refakatçi
Yatış Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Acil Tanı		Küçük Müdahale

c. Diğer Teminatlar

Evde Bakım	Annelik	Suni Uzuv	Yurt Dışı Yatarak
Yurt Dışı	Ayakta Kontrol PSA/Mamograf	Check Up	Yardımcı Tıbbi Malzeme
Hava/Kara Ambulansı	Destek Ayakta Tedavi		

KOBİ 3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

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.

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 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 Poliçesi'ni düzenler.

1 - HASARSIZLIK İNDİRİMİ

Hasarsızlık indirimi uygulaması giriş kademesi ve 7 adet indirim kademesi ile beraber toplam 8 kademeden oluşmaktadır. Yeni iş ve transfer olarak poliçe alan Sigortalılar bu uygulamaya giriş kademesinden (1. kademe) başlar. Sigortalı'nın yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile "Tazminat"/"Sağlık Net Primi" (T/P) Oranı dikkate alınarak, bir sonraki yıl yenileme poliçesinin kademesi belirlenir. Önceki yıl poliçeye gün esaslı olarak giriş yapılan sigortalılık süresi 6 aydan kısa olan Sigortalılar için başlangıç basamağı 1 olacaktır.

Sigortalı'nın yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile "Tazminat"/"Sağlık Net Primi" (T/P) Oranı dikkate alınarak, yenileme poliçesinin kademesi belirlenir.

- Tazminat /Prim oranı %25'ten küçük ise bir üst kademe,
- Tazminat /Prim oranı %25,01 (dahil) ile %70 (dahil) arasında ise aynı kademe,
- Tazminat /Prim oranı %70,01 (dahil) ile %150 (dahil) arasında ise 1 alt kademe,
- Tazminat /Prim oranı %150,01 (dahil) ile %350 (dahil) arasında ise 2 alt kademe,
- Tazminat /Prim oranı %350,01 (dahil) ve üzeri ise 3 alt kademe ile yenilenir.

Her bir kademenin indirim oranı aşağıdaki şekildedir:

KADEME	1	2	3	4	5	6	7	8
İNDİRİM ORANLARI (%)	0	15	25	30	35	40	45	50

2 - VEFA İNDİRİMİ

Vefa indirimi Sigortalı'nın kesintisiz devam eden poliçelerinin yinelenmesinde, poliçe yıllarına göre değişen oranlarda Sigortalı başına uygulanacaktır. Grup sağlık poliçesinden ferdi sağlık poliçesine geçişlerde vefa indirimi uygulanmamaktadır.

3 - AİLE İNDİRİMİ

Bireysel sağlık poliçesinin, anne, baba ve çocuklardan oluşması ve poliçedeki kişi sayısının en az 2 veya daha fazla olması halinde aile indirimi uygulanır. Aile içerisinde farklı plan, ürün alınmış olsa bile aile indirimi uygulanır.

4 - BÖLGE (İL) İNDİRİMİ

Bölge indirimi kişinin ikamet ettiği ile göre sistemsal olarak otomatik olarak verilmektedir.

5 - İLK SİGORTA İNDİRİMİ

İlk kez bireysel sağlık sigorta poliçe kapsamına alınan ve bekleme süresine tabi Sigortalılara, İlk Sigortalı indirimi uygulanır.

6 - RİZİKO EK PRİMİ

Sigortalı'nın Başvuru Formu'nda belirttiği beyana ve/veya tespit edilen belge, bilgilere istinaden yapılan değerlendirme doğrultusunda Sigortalı'nın riskine göre sigorta şirketi tarafından uygulanan ek primlerdir. Riziko Ek Primi tüm teminatlar için ve/veya bazı teminatlar için uygulanabilir. Uygulanacak Riziko Ek Primi maksimum %200 olabilir. Risk analiz işlemleri sırasında istenilen risk ek primi için Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı onayı alınması zorunludur.

KOBİ 3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

C - GENEL BİLGİ VE UYARILAR

1. Sağlık sigortaları 14 günlükten büyük bebekler ve 64(dahil) 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 kaldıracığı veya 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, ilk sözleşme kurulurken gerekli görmesi halinde Sigortalının sağlık durumunun tespiti için hekim görüşü alınmasını talep edebilir. 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 Sigortalının 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.
10. Şirketin Sigortalı ya ilişkin bilgileri kendisini tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Gözetim Merkezinden , Kamu Kurum ve Kuruluşlarından temin edilmiş olmasına rağmen yine de hekim görüşüne ihtiyaç duyulursa ilgili masraflar Sigortacı tarafından karşılanır. Ancak sözleşme sadece Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından gelen sağlık beyanı ile kuruluyorsa gerekli olabilecek hekim görüşü masrafları Sigortalı/ Sigorta Ettiren tarafından karşılanacaktır.
11. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi için lütfen Sağlık Sigortası Özel ve Genel Şartlarını dikkatlice okuyunuz.
12. Sigortalının istisnaları, teminatları, limit, katılım oranı, plan bilgileri vb. poliçe üzerinde belirtilir.
13. Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde aksi kararlaştırılmadıkça Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'da başlar ve öğleyin 12.00'da ve her halükarda rizikonun gerçekleşmesiyle sona erer.
14. Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz bir şekilde Sigortacıya 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 ulaşabilmemiz 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 işlemler 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.

KOBİ 3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

D - İSTİSNALAR

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2'de belirtilen teminat dışı hallerden başka, aşağıda belirtilen durumlar bu poliçenin tüm teminatları için kapsam dışı tutulmuştur.

1. Bu maddede belirtilen hastalıklar kapsam dışı olup, sigortalının şirketimizdeki bireysel sigortalılık döneminde kesintisiz en az 3 yılını tamamlamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olması veya Mapfre Bebeği olarak sigortalı olması halinde istisnalar uygulanmayacaktır:

a. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş, ileri yaşta ortaya çıksa dahi doğumsal (Konjenital) ve genetik hastalık tedavileri, aksine bir sözleşme belirlenmedikçe (bebek doğuştan itibaren sigortalı olmuş olsa dahi) prematüre bebek masrafları (bebek kuvöz ek teminatı alması ve ilgili teminat şartlarının sağlanması durumu hariç),

b. Pes planus, halluks valgus/rigidus için yapılacak tetkik ve tedavilerle ilgili harcamalar,

c. Yaşlılıktan ileri gelen bunama ile Alzheimer, Parkinson, Sara (Epilepsi) ve bu rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan antipsikotik, anksiyolitik, antikonvülan ve tüm psikiyatrik ilaçlar,

d. Nazal septum ve konka için yapılacak operasyonlar;

Septum ve konka operasyonları poliçede geçerli olan anlaşmalı kuruluş tipine bakılmaksızın sadece sigortalının KBB Network adı ile özel olarak belirlemiş olduğu anlaşmalı kuruluşlarda geçerlidir. Bu kuruluşlar dışında gerçekleştirilecek operasyonlar kapsam dışındadır.

Sigortalının tedavisi anlaşmalı kuruluşta anlaşmasız doktor (kadrolu veya kadro dışı geçici tam zamanlı çalışmayan Mapfre Sigorta ile anlaşmalı doktor/kuruluş olsa dahi) tarafından yapılması halinde doktor ücreti azami HUV tarifesinde belirtilen ücret kadar (HUV*1) ödenecektir.

Ancak bu operasyonlar, sigortalının şirketimizdeki kesintisiz devam eden bireysel sigortalılık döneminin en az 5 yılını tamamlamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olması durumunda, poliçe kapsamında yer alan tüm anlaşmalı sağlık kuruluşlarında geçerlidir. Bu kapsamdaki tedavinin anlaşmalı sağlık kuruluşunda anlaşmasız doktor tarafından yapılması halinde ödenecek olan doktor ücreti ise, Operatör ve Doktor Masrafı altındaki anlaşmasız kurum limit ve katılım payı oranlarıyla hesaplanacaktır.

e. Uvuloplasti ve uyku apnesi ile ilgili tüm giderler,

2. Sigortalının şirketimizdeki bireysel sigortalılık döneminde kesintisiz en az 5 yılını tamamlamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olması veya Mapfre Bebeği olarak sigortalı olması halinde, poliçe ilk kayıt tarihinden sonra ortaya çıkan şaşılık, otoskleroz, keratokonus, ptozis, skolyoz ve tüm omurga eğrilikleri ile ilgili tedaviler istisna olarak değerlendirilmeyecek olup; bu hastalıklardan şaşılık, otoskleroz, keratokonus, ptozis ile ilgili tedaviler Sigortalı'nın poliçesinde sahip olduğu networkten bağımsız olarak sadece C network kapsamındaki anlaşmalı sağlık kuruluşlarında geçerli olacaktır. Sigortalının tedavisi anlaşmalı kuruluşta anlaşmasız doktor (kadrolu veya kadro dışı geçici tam zamanlı çalışmayan Mapfre Sigorta ile anlaşmalı doktor/kuruluş olsa dahi) tarafından yapılması halinde doktor ücreti azami HUV tarifesinde belirtilen ücret kadar (HUV*1) ödenecektir. Şirketimizdeki bireysel poliçesinde 5 yılını tamamlamamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmamış sigortalılar ile C network kurumları dışında yapılacak tedaviler kapsam dışı olarak değerlendirilecektir. C network kapsamındaki Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarına Mapfre Sigorta web sitesindeki Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları sayfasından ulaşılabilir.

3. Annelik bekleme süresi doldurulmamış ve Annelik Teminatı olmayan bir plana sahip olan sigortalının yeni doğan bebeğinin prematüre kuvöz bebek masrafları,

4. Mapfre Sigorta ilk poliçe kayıt tarihinden önce var olan ve beyan edilmeyen mevcut rahatsızlık/hastalıklar ve bu hastalıkların nüks ve komplikasyonları dahil (tanı almış olsun olmasın ve/veya tedavi yapılmış olsun olmasın) her türlü sağlık gideri,

5. Her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, gen haritalaması, gen taranması ile ilgili tetkikler,

6. Yapısal bozukluklar, motor mental gelişim ve büyüme bozukluğu, (büyüme ve gelişme geriliği/ileriliği, erken/geç puberte vb.) ile ilgili rutin ve spesifik her türlü tetkik ve tedavi giderleri,

7. Psikiyatrik tedavi gerektiren ruh hastalıkları ve psikolojik rahatsızlıklar, nöropsikiyatrik testler, her türlü psikoterapi ve bunlara ilişkin tüm giderler,

8. Ehliyetsiz araç kullanımı nedeniyle oluşabilecek her türlü kaza ve oluşan kazalara ilişkin tüm giderler,

9. Alkolizm, alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halusinojen ve diğer madde bağımlılığı ve bu maddelerin kullanımı sonrası oluşabilecek her türlü hastalık, zehirlenme, rahatsızlık ve oluşan kazalara ait giderler,

10. Amatör veya hobi amaçlı olsun olmasın tüm tehlikeli spor faaliyetleri ve/veya bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetlerden dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçuş, ata binme, rafting, sokak kızı, yüksekten atlama sporları-base jumping, kiteboarding, kitesurfing, su altı sporları, dağ bisikleti, motosiklet ve otomobil sporları ve ehliyet gerektirmeyen elektrikli Scooter, elektrikli bisiklet ve elektrikli motosiklet, kayak, ulaşım amaçlı olsa dahi sürücü veya yolcu olarak motosiklet kullanma vb. doğan masraflarla profesyonel ve/veya lisanslı her türlü spor faaliyetlerinden kaynaklanan masraflar 40.000 TL ile limitlidir. Bu faaliyetlerden sadece kayak, ulaşım amaçlı ve ehliyetli olması şartıyla sürücü veya yolcu olarak motosiklet ve ATV kullanımıyla ilgili tüm masraflar risk gerçekleşmedikçe ek primle poliçe limit ve koasürans oranları dahilinde teminat kapsamına alınabilmektedir.

KOBİ 3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

11. Yapıldığı kuruluşa bakılmaksızın alternatif tedavi yöntemleri (akupunktur, homeopati, osteopati, hipnoz, yoga, mezoterapi, aromaterapi, nöral terapi, kayropratik tedaviler, ayurveda, fitoterapi, fonksiyonel tıp, bütünsel tıp, ozon terapi, kaplıca ve içme tedavileri vb.) ile kaplıca ve termal merkezleri, sanatoryum, huzurevi, bakımevi, prevantoryum ve rehabilitasyon merkezlerinde uygulanan tedaviler,
12. Bilimselliği kanıtlanmamış/deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) kurumu tarafından onaylanmamış ilaç ve malzemelerle ilgili tüm giderler,
13. HUV'da (Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı) karşılığı olmayan işlem/tedaviler,
14. Estetik, kozmetik, lazer ve güzellik merkezleri, lens ve optik merkezleri, işitme cihazı satan merkezler, Sağlık Bakanlığı çalışma ruhsatı bulunmayan merkezler, sağlıklı yaşam merkezleri, geleneksel/tamamlayıcı ve alternatif tıp merkezleri, anti-aging merkezleri, zayıflama merkezleri, spor merkezleri, yaşam koçluğu merkezleri ve ayak sağlığı vb. merkezlerinde yapılan her türlü işlem ve bu işlemlere ait tüm giderler (muayene, tetkik, tanı, tedavi vb.),
15. Sağlık Bakanlığı çalışma ruhsatı bulunmayan tıp hekimlerince ve tıp doktoru olmayan kişilerce yapılan her türlü işlem ve bu işlemlere ait tüm giderler,
16. Nazal valv cerrahisi ile ilgili giderler,
17. Spor öncesi, evlilik öncesi, işe başlama öncesi gibi nedenlerle sağlık kurulu veya doktor raporu temini için yapılan giderler,
18. Sigortalının 1. derece yakınları tarafından kesilen faturalar,
19. Ailevi tıbbi riskler nedeniyle yapılan tüm taramalar ile bilgisayarlı dermatoskopi (ben haritalaması), koroner arter kalsiyum skrolama, koroner BT anjio, EBT (elektron Beam Tomografi), sanal anjio, sanal kolonoskopi ve kapsül endoskopi ile ilgili tüm giderler,
20. Laboratuvar ruhsatı olmayan kuruluşlardan gelen tahlil giderleri
21. Sigortalının özel istisnasının kaldırılmasına yönelik yapılan tüm harcamalar,
22. Mapfre Sigorta Medikal İşlemler Merkezi tarafından hastaneden gelen raporlar doğrultusunda endikasyonu olmayan yatarak tedaviler ve belirli bir şikâyet ve/veya hastalığa bağlı olmayan, şikâyetle ilgisiz yapılan tanı ve tedavilerle ilgili harcamalar,
23. Poliçenin geçerlilik süresinde meydana gelen adli bir kaza ve hastalık (kanser, yanık vb.) sonucu meydana gelmedikçe; plastik ve rekonstrüktif cerrahi, her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler ve bunlara bağlı komplikasyonlar, telenjektazi, et beni (skin tag, akrokordon), cilt hemangiomlarına yönelik tedaviler, jinekomasti, terlemeyi önleyen ve bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri, burun estetiği, karın estetiği, sivilce (akne) tanı ve tedavisi, saç dökülmesi tanı ve tedavisi (alopesi areata hariç), her türlü meme küçültme / büyütme ve aksesuar meme operasyonu ile ilgili tüm giderler,
24. Obezite, kilo, iştah bozukluklarına ilişkin tanı veya tedavi, cerrahi ve komplikasyon, diyetisyen, zayıflama ve kilo alma programı ile ilgili tüm giderler,
25. Horlama ve uyku bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri,
26. Dengeli beslenme, diyet-egzersiz programları, alternatif ve/veya tamamlayıcı tedaviler uygulayan hekimlere ait muayene, tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,
27. İşitme kusuru cerrahisi (tüp takılması, timpanoplasti, kronik otit sekeli vb. hariç) ve tüm bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri, ses ve konuşma terapileri,
28. 7 yaş altındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fıtık işlemleri ile ilgili giderleri (Mapfre Sigorta bebeklerinde uygulanmayacaktır),
29. Madde 3.1.13'te tanımlanan yardımcı Tıbbi Malzemeler Teminatı kapsamında değerlendirilmeyen tıbbi malzemeler, CPAPcihazı, kalibrasyonu ve monitorizasyonu, evde kullanılan nemlendiriciler, vücuda dışarıdan takılan cihazlar, ilaçla alınmayan enjektörler, bantlar, paramedikal hizmet ve servis ücreti gibi tedavi için gerekli olmayan sair giderler ile her türlü external protezler ve destek protezleri (Yatarak Tedavi Teminatı bünyesinde değerlendirilmeyecek olanlar).
30. Alerji için yapılacak aşılar, alerji testleri, deri prick testi, gıda intolerans testleri, her türlü immünoterapiler (metabolik ve otoimmün hastalıkların tedavisi için yapılanlar hariç),
31. İsteğe bağlı küretaj, infertilite (kısırlık), sterilite, düşük araştırması ve hamileliğin gerçekleşmesinin sağlanması ile ilgili tüm tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri (tüp bebek, folikül takibi, mikroenjeksiyon, tuboplasti vb.) histero salpingografi (HSG), spermiogram, adezyolizis giderleri,
32. Kısırlıkla ilgili olsun ya da olmasın varikozel giderleri (18 yaş altı varikozel hariç),

KOBİ 3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

33. Cinsiyet değiştirme operasyonları, erektil disfonksiyon, peyroni, penil kordi, vajinismus, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil) ve Madde 3.4.3 kapsamına girmeyen doğum kontrol yöntemleri (hap, kondom vb.) giderleri,

34. Bulaşma yoluna bakılmaksızın sifiliz, anogenital kondilomlar, HIV, AIDS ve bunlarla ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri,

35. Tıbbi gereği olsa dahi sünnet ve fimozis ile ilgili tüm harcamalar,

36. Yüzeysel varis tedavisi için uygulanan skleroterapi, lazer, ışın, masaj, çorap vs. gibi ile ilgili giderler,

37. Organ ve doku ücretleri, koruma ve transfer masrafları ile vericiye (donör) ait tüm giderler,

38. Kordon kanı ve kök hücre alınması, klonlanması, saklanması ve bu yöntemler ile yapılan tedavilere ait tüm masraflar,

39. Resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar ve kötü niyetle başlatılmış salgın hastalıklar ile ilgili tüm giderler,

40. Hastalığa karşı koruyucu her türlü işlem ile kuduz, tetanos, grip, 65 yaş üstü kişiler için pnömokok, 0-6 yaş çocuklar için

Sağlık Bakanlığı aşı takvimine ek olarak rotavirüs, meningokok haricindeki tüm aşılarda (aşı öncesi veya sonrası yapılan tetkikler ile aşı uygulama bedelleri dahil) ve hastalığa karşı her türlü koruyucu işlemler,

41. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98/2 maddesi gereğince, sigortalıların ödemek ile yükümlü oldukları katılım payları,

42. Mapfre Sigorta Medikal İşlemler Merkezi tarafından onaylanmayan özel hemşirelik giderleri (Evde Bakım Teminatı kapsamında olanlar hariç) ve yardımcı sağlık personeline (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı gibi) ait tüm giderler,

43. Sağlık Bakanlığı onayı olan temel laboratuvar tetkikleri (9/10/2013 tarih ve 28790 sayılı Resmi Gazete'ye yayımlanarak yürürlüğe giren Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği ekinde yer alan Ek-9 da yer alan testler) hariç muayenehane hekimi tarafından yapılan tetkikler,

44. Acil durumlar (Madde 2 Tanımlar'da açıklanmıştır) dışındaki tüm ambulans giderleri,

45. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar (Türkiye'de bulunmayan ve muadili olmayan, Sağlık Bakanlığı'nın izniyle ithal edilen ilaçlar hariç), ilaç tanımına girmeyen preparatlar, Tarım Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış her türlü madde ve kimyasallar, resmi ithal edilmemiş tüm ilaçlar, vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacıyla kullanılan vitamin-mineral kombinasyonları ve/veya beslenme düzenleyici preparatlar ve tıbbi mamalar,

46. Diş hekimi ve çene cerrahlarınca yapılan muayene, diş-diş eti tedavisi ile çene tedavilerine ilişkin tüm giderler, diş macunu ağız ve diş bakım preparatları, vb. ait masraflar,

47. Gözlük-lens, lens solüsyonu, toric-multifocal vb. lensler, görme tembelliği, gözde kırılma kusurları (miyop, hipermetropi vb.)

48. Evde bakım teminatı kapsamında değerlendirilenler hariç olmak üzere her türlü tıbbi malzeme ve/veya cihaz kullanım/kira ücretleri,

E - STANDART BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen durumlar Sigortalı'nın Kayıt Tarihi'nden itibaren adli bir kaza sonucu oluşmadığı takdirde ilgili bekleme süreleri boyunca tüm tedavileri kapsam dışında tutulmuştur. Sigorta Poliçesi'nin yenileme koşullarına göre tekrarlanarak sürdürülmesi ve Sigortacı tarafından aşağıda sayılan durumlardan biri için özel istisna konulmaması halinde teminata dâhil olur.

Adli Bir Kaza Sonucu Oluşmadıkça 6 Ay Bekleme Süresi Olan Durumlar

1. Tüm herniler.
2. Anorektal hastalıklar (hemoroid, anal fistül ve fissür, anal apse vb.) pilonidal sinüs (kist dermoid sakral).
3. Tonsillektomi, adenoid vegetasyon cerrahisi, kulak zarı cerrahisi ve tüp uygulaması, sinüs cerrahisi.
4. Benign (iyi huylu) her türlü tümör, yer kaplayan lezyon, nevüs, polipler ve hiperplazi eksizyonları vb.
5. Tiroid ve paratiroid hastalıkları
6. Rahim ağzı, rahim, yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve operasyonlar, endometriozis, sistorektosel.
7. Hidrosel, spermatosel, kordon kisti ve epididim kisti.

KOBİ 3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

8.Omurga ve disk hastalıkları, her türlü eklem rahatsızlıkları (diz, omuz vb.) trigger finger, bağ ve tendon rahatsızlıkları, karpal tünel, tarsal tünel.

9.Varis ve Ven Trombozu

10.Üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat cerrahileri.

11.Bütün endoskopik, laparoskopik işlemler ve anjiyografiler (tanı amaçlı yapılan işlemler hariç).

12.Katarakt, glokom, keratoplasti

13.Safra kesesi ve safra yolları hastalıkları

14.Tüm kronik hastalık tedavileri ve kronik hastalıklar için yapılacak evde bakım hizmetleri (hipertansiyon, ülser, reflü, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn vb.) KOAH, astım, şeker (diyabet) hastalığı, demiyelinizan hastalıklar, myastenia gravis, sarkoidoz, nefrit, tüm romatizmal ve bağ dokusu hastalıkları

15.Annelik Teminatı İçin Bekleme Süresi; Annelik Teminatı kapsamındaki tüm durumlar (Hamilelik rutin kontrolleri, normal veya sezaryen doğum, düşük ve/veya bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyon vb.) için 9 ay bekleme süresi uygulanacaktır. Bu süre sigortalının annelik teminatının ilk başlangıç tarihi itibarıyla başlayacaktır. Annelik teminat kapsamında yapılacak hesaplamada Sigortalı'nın Son adet tarihi dikkate alınır. Son adet tarihinin Annelik Teminatının başlangıç tarihi sonrasında olması ve gebelik takibinde yapılan ultra- sonografi bulguları ile uyumlu olması gerekmektedir.

F - GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Sigortacı'nın başka bir şirketten geçiş olarak Poliçe yenilemesini yaparken; var ise Ömür Boyu Yenileme Garantisi şartları saklı kalmak kaydı ile Sigortalı'dan sağlık bildirimi isteme, şartlı kabullerde bulunma (limit, Riziko Ek Primi, katılım payı, bekleme süresi vb. uygulama) hakkı vardır. Başka bir şirketten Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı ile geçiş yapan Sigortalı için şirketimizdeki Ömür Boyu Yenileme Garantisi şartları geçerli olacaktır.

Kişinin diğer sigorta şirketi/şirketlerindeki hastalıkları ve/veya ilk sigortalanma tarihinden de önceye dayandığı tespit edilen hastalıkları önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi başvuru formunda beyan edilmemiş ise kazanılmış hak kapsamına girmez. Bu hastalıklar teminat haricidir.

Kazanılmış haklar sadece özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması, ilk kayıt tarihinin korunması ve varsa Ömürboyu Yenileme Garantisi'nin devredilmesini ifade eder.

Sigortalı'nın, önceki Poliçesi'nin özel şartlarında/teminatlarında yer alan ama yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda/teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir. Ancak, yeni dönem için geçerli özel şartlarda mevcut olan ama bir önceki dönem özel şartlarda yer almayan haklar Sigortalı için de geçerli olacaktır.Sigortalı'nın kazanılmış haklarının korunması için sigorta bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde başvurması gerekmektedir.

G - ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Sigortalı'nın kesintisiz MAPFRE Sigorta A.Ş.'de, 3 yıl boyunca aynı üründe sigortaya devam etmesi ve son üç yıl Hasar/Prim oranı ortalamasının %80'in altında olması şartıyla Sağlık Poliçesi sahibi olan Sigortalılara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda belirlenecek şartlar dahilinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilecektir. Sigortacı "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" değerlendirmesi yapabilmek için Sigortalı'dan güncel sağlık durumunu içeren başvuru formu, ihtiyaç duyarsa tıbbi raporlarını talep edebilir. Sağlık koşullarına göre yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacı'nın şartlı kabuller (limit, Riziko Ek Primi, istisna, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak kabul etme veya herhangi bir şart uygulamaksızın "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verme hakkı saklıdır.

Yenileme garantisi kişiye özeldir ve bu hakkı kazanmış Sigortalılara aittir. Sigortacı tarafından Sigortalı'ya verilen "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" ifadesi her bir Sigortalı'nın Poliçesi'nde belirtilir.

Başka bir sigorta şirketinden MAPFRE Sigorta A.Ş.'ye geçiş yapılacak Poliçelerde yenileme garantisi olsun olmasın Sigortalılara risk analizi yapılacak, limit, katılım payı, istisna, Riziko Ek Primi vb. uygulamalar söz konusu olabilecektir. Ancak hastalık başına uygulanabilecek riziko ek primi %200'ü aşmayacaktır.

Önceki şirketteki kazanılmış olan Yenileme Garantisi hakkı MAPFRE Sigorta A.Ş. kriterlerine göre yeniden değerlendirilecek olup, yapılacak risk analizi çerçevesinde Sigortalı'nın yenileme garantisi hakkı Sigortacı'nın mevcut özel şartları ile devam ettirilebilecektir.

KOBİ 3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

“Ömür Boyu Yenileme Garantisi” verilmiş bir Sigortalı için yenileme garantisinin verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalık durumları nedeniyle Sigortacı’nın, Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 ve 7’de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirmesi yapma ve Riziko Ek Prim, istisna, limit, katılım payı gibi yeni bir ek şart uygulama, tazminat/prim oranına göre ekprim uygulama hakkı bulunmamaktadır. Bu dönemde Sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde Sigortacı yeni eklenecek veya değiştirilecek teminat için tekrar risk analizi yaparak limit, katılım payı, istisna, Riziko Ek Prim vb. şartlar uygulayabilecektir. Ayrıca Sigortacı’nın ilgili talebi reddetme hakkı saklıdır. Sigortacı’nın yenileme garantisi taahhüdünde bulunduğu Sigortalılarına sunduğu Sağlık Poliçesi, Poliçe’nin Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını kazandığı tarihteki Özel Şartlara tabidir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olmayan Sigortalılar için her Poliçe Dönemi’nde yürürlükteki Poliçe Özel Şartları geçerli olacaktır.

H - İPTALLER

Sigorta Ettiren/Sigortalı’nın poliçenin 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.

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.

Sigortalı’ya ödenen tazminat tutarı, hem Sigortacı’nın hak ettiği prim tutarını hem de Sigortalı’nın ödediği primleri aşmıyorsa 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 düzenletirilmesi, 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 poliçeyi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir.

KOBİ 3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

I - SİGORTA ETTİREN VEYA SİGORTALININ 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 poliçede yer alan Sigortalı/Sigortalıların farklı olması ve Sigortalıların Sigorta Ettiren'i değiştirilerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda Sigorta Ettiren değiştirilerek poliçeye 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 poliçede, 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 poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki Sigorta Ettiren'e yapılır.

İ - 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 poliçenin 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 poliçede 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.

J - 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.

K - TAZMİNAT ÖDEMELERİNİN YAPILMASI

1. Hak sahipleri, poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için, ilgili belgeleri Sigortacı'ya vermekle yükümlüdür. Tazminat ödemelerinde istenen evraklar, poliçeden alınan teminatlara göre oluşacak tazminat taleplerinde farklılık göstermektedir. Anlaşmazlık kuruluşlarda gerçekleşen tazminat başvurunuz için gereken bilgi ve belgelere ilişkin açıklamalara poliçe eklerinden ulaşabilirsiniz.

2. 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.

3. Tazminat ödemeleri poliçe özel ve genel şartları varsa ek protokol ve poliçenizde belirtilen teminat limitleri dahilinde değerlendirilecektir.

4. Anlaşmalı kuruluşlarımıza yaptığınız başvuruda provizyon işlemleri için T.C. Kimlik Numaranız yeterlidir.

5. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme yükümlülüğü sigorta şirketine aittir.

KOBİ 3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

L - DİĞER BİLGİLER

Sigortacı Tahkim Sistemi'ne üye değildir.

M - ŞİKÂyet 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 şikâyetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara da başvuruda bulunabilirsiniz.

2. 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.