

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Üç 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 - TEMİNAT KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta; Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınan Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin, Mapfre Sigorta A.Ş.'nin belirlemiş olduğu Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli/protokollü sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmeti alması sırasında oluşabilecek ilave ücretleri (Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kısmen karşılanacak tedavi masraflarının artan kısmını) Sağlık Sigortası Genel Şartları ve işbu özel şartlar dahilinde ödemeyi taahhüt eder. İşbu poliçe teminatı; Özel Şartlar madde 2'de sayılı haller dışında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınan tüm durumlar için geçerlidir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümlerine göre sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları işbu poliçenin kapsamında olmayacaktır. Poliçede belirtilen teminatlar, yalnızca poliçede ismi yer alan kişiler için geçerli olup, bunun dışındaki kimseleri kapsamayacaktır.

B - POLİÇE PRİM HESABI

Sigortacının Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca sağlık riski seçilen plan, teminatlar, Sigortalının yaşı ve cinsiyeti, sağlık enflasyonu, ilgili yaştan portföydeki hasar/prim oranı dikkate alınarak şirket tarafından belirlenen ve tüm satış kanallarına duyurusu yapılan, tarife satış primleri üzerinden Sigortalı adayının primleri hesaplanır.

Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır. Sigortacı aşağıda belirtilen şartlara uyan poliçeler için indirim ve/veya ek prim uygulayabilmektedir

Poliçe ödeme planı peşin ya da taksitli olarak uygulanabilmektedir. Peşin ödemede herhangi bir indirim uygulanmamaktadır.

Poliçe başlangıcında, Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında aktif olarak çalışmayanların çalışan primi ile sigortalıların durumu poliçe döneminde tespit edildiğinde gerekli prim farkı zeyilname ile tahakkuk ettirilecektir.

Prime İlişkin Düzenlemeler

Hasarsızlık İndirimi;

Hasarsızlık İndirimi uygulaması giriş kademesi ve 7 adet indirim kademesi ile beraber toplam 8 kademedan 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. Yenileme poliçe;

- Tazminat/Prim oranı %25'den 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	35	40	50	55	60

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Ürün değişikliği yapan Sigortalılar, mevcut ürününde hak etmiş oldukları indirim ya da ek prim oranı uygulamasına değil, yeni aldığı ürünündeki hasarsızlık indirim ve ek prim uygulamasına tabi olurlar

C - GENEL BİLGİ VE UYARILAR

1. Sigorta Ettiren/Sigortalıların; sigortalanma taleplerini Başvuru Formu'nu eksiksiz ve doğru doldurmak suretiyle yapmaları gerekir. Başvuru Formlarının eksiksiz doldurulması ve 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 Sigortacıya bildirmek zorunludur. Yanlış ya da eksik bilgi vermenin tazminat hakkınızı ortadan kaldıracak ya da aleyhinize sonuç doğuracağını nazara alarak lütfen sözleşmenin her aşamasında Sigortacıya eksik ya da yanlış bilgi vermekten kaçınınız. Başvuru Formu'nda eksik bırakılan soru yanıtları HAYIR olarak işleme alınacaktır.
2. 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.
3. 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.
4. Sağlık Sigortası Genel Şartları 8. maddesi gereğince sağlık sigortalarında prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu Hükümleri uygulanır
5. Sigorta için ödenen primler vergiden düşülebilir. Bu konuda Sigortacınıza danışınız
6. 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
7. 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
8. 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
9. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi için lütfen poliçe ekindeki Fark Yok Sağlık Sigortası Özel Şartlarını ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarını dikkatlice okuyunuz.
10. 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.
11. 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.
12. Sistemimizde mevcut olan kimlik, adres telefon vb. bilgilerinizin değişikliklerini size daha rahat ulaşabilmemiz için lütfen, info@mapfre.com.tr web adresine ya da 0212 334 90 19 no'lu faksımıza bildiriniz.
13. Poliçede yazılı Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarından birinin veya birkaçının Sosyal Güvenlik Kurumu ile olan sözleşmesi poliçe vadesi içinde sona erer ise ve Sigortalının ikamet ettiği bölgede Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı ve poliçede yazılı başka bir kurum kalmaz ise işbu poliçe kendiliğinden münfesi olur. Fesih olan poliçe başlangıç tarihinden iptal tarihine kadar geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanacaktır

D - İSTİSNALAR

Teminat dışında olan haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Fark Yok Sağlık Sigortası Özel Şartlarında yer alan istisnalarla bakınız.

E - BEKLEME SÜRESİ

İşbu poliçede Yatarak Tedaviler kapsamında (Kırmızı Alan durumları hariç olmak üzere) tüm işlemler ve ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler için teminatın alındığı tarih itibarıyla ilk 3 ay bekleme süresi bulunmaktadır. Bireysel poliçelerde doğum teminatı ek teminat olarak alındıysa 9 ay bekleme süresi uygulanacaktır. Grup sözleşmelerinde, doğum teminatı ek teminat olarak alındıysa 12 ay bekleme süresine tabii olacaktır.

F - ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Sigortalının kesintisiz Mapfre Sigorta A.Ş.'de, 3 yıl boyunca Fark Yok Sağlık Sigortası ürünü ile sigortaya devam etmesi ve son üç yıl H/P ortalamasının %80'in altında olması şartıyla sağlık poliçesi sahibi olan Sigortalılara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda belirlenecek şartlar dahilinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilir.

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Başka bir sigorta şirketinden Mapfre Sigorta A.Ş. Fark Yok Sağlık Sigortası ürününe geçiş yapılacak poliçelerde yenileme garantisi olsun olmasın Sigortalılara risk analizi yapılacak, limit, katılım payı, ek prim, muafiyet vb. uygulamalar söz konusu olabilecektir. Önceki şirketteki kazanılmış olan Yenileme Garantisi hakkı Mapfre Sigorta A.Ş. kriterlerine göre değerlendirilecek olup, belirlenecek şartlar çerçevesinde Sigortalının yenileme garantisi hakkı Sigortacının mevcut özel şartları ile devam ettirilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı saklı kalacaktır. Ancak Fark Yok Sağlık Sigortası ürününden farklı bir ürüne geçiş talebi olması halinde Sigortacı tarafından yeniden risk analizi yapılır. Sigortacı "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" başvurusu yapan Sigortalının sağlık riskini değerlendirmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık koşullarına göre yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacının başvuru reddetme, şartlı kabuller (limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak kabul etme veya herhangi bir şart uygulamaksızın "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verme hakkı saklıdır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanan Sigortalının son kullandığı ürün, yenileme sırasında yasal mevzuat değişikliği, mücbir bir sebeple ve/veya şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise önceki poliçedeki teminatlar ve anlaşmalı kurum ağı ile paralel veya ona en yakın başka bir ürün ile yenilemesi yapılır. Böyle bir durumda Sigortalının mevcutta var olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı saklı kalacaktır.

Yenileme taahhüdü kişiye özeldir ve bu hakkı kazanmış Sigortalılara aittir. Sigortacı tarafından Sigortalıya verilen "Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiştir" ifadesi her bir Sigortalının sertifikasında belirtilir.

"Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilmiş bir Sigortalı için yenileme taahhüdünün verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalık durumları nedeniyle Sigortacının, Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6 ve 7'de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirmesi yapma ve ek prim, istisna, limit gibi yeni bir ek şart uygulama hakkı bulunmamaktadır. Bu dönemde Sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde Sigortacı mevcut "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" yeniden değerlendirme hakkına sahiptir. Sigortacının yenileme taahhüdünde bulunduğu Sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, poliçenin yenileme garantisi hakkını kazandığı tarihteki Özel Şartlara tabidir. Sigortacı anlaşmalı kurum ağına değişiklik yapma hakkına sahiptir.

Ancak 23.04.2014 tarihinden önce ilk defa sigortalananmış, yenileme garantisine hak kazanmış veya henüz kazanmamış Sigortalıların yenileme garantisi "Yeniden Risk Değerlendirmesi Yapılmaksızın Yenileme Taahhüdü verilmiştir" adı altında verilmeye devam edecektir. Bu Sigortalılar için yenileme garantisinin verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalık durumları nedeniyle Sigortacının, Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6 ve 7'de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirmesi yapma ve ek prim, istisna, limit, katılım payı gibi yeni bir ek şart uygulama hakkı bulunmamaktadır. Ancak bu Sigortalılar için tazminat/prim oranına göre bilgilendirme formu ve özel şartlarda belirtilen ek prim uygulaması devam edecektir. İlgili maddede açıklanan yenileme garantisi değerlendirme kriterleri bu Sigortalılar için de aynı şekilde uygulanacaktır.

G - İPTALLER

Sigortacının onayladığı taleplerde poliçe gün üzerinden iptal edilebilecek, poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanacaktır. İptal nedeniyle Sigortalı/Sigorta Ettirene iade edilecek tutar ödenen tazminat dikkate alınarak gün esasıyla hesaplanır. Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacının hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı tahsil ettiği primlerden almaya hak kazandığı primleri düşerek kalan primleri Sigortalıya iade eder. Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacının hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı tahsil ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı ilgili tazminat tutarını tahsil ettiği prim tutarından düşerek kalan primi Sigortalıya iade eder. Sigortalıya ödenen tazminat tutarı, hem Sigortacının hak ettiği prim tutarını hem de Sigortalının ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesiz iptal yapılır. Riziko gerçekleştiğinde primlerin henüz vadesi gelmemiş dahi olsa Sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat tutarı kadar olan kısmı, muaccel hale gelir

Poliçe iptalinden sonra poliçenin yeniden aktif edilmesi taleplerinde yeniden Başvuru Formu doldurulacak ve yeniden risk analizi yapılacaktır

Sigortacının Sigortalı/Sigorta Ettirenin kötü niyetli hareketlerini tespit ettiği durumlarda (Sigortalı olmayan kişilerin sigorta teminatlarından yararlandırılması ve sağlık giderlerinin diğer Sigortalılar adına düzenlenmesi, Sigortalının bildiği ve/veya belirtilerinin sigorta başlangıç tarihinden önce başladığı halde Sigortacıya beyan etmediği mevcut beyansız rahatsızlıkların tespiti vb.) Sigortacı ödemiş olduğu sağlık giderlerini faiz ve masrafları ile alma ve/veya poliçeyi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Poliçede yazılı Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarından birinin veya birkaçının Sosyal Güvenlik Kurumu ile olan sözleşmesi poliçe vadesi içinde sona ererse ve Sigortalının ikamet ettiği bölgede Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı ve poliçede yazılı başka bir kurum kalmaz ise işbu poliçe kendiliğinden münfesi olur. Ancak Sigortalının yatışı gerektiren tedavisi devam ederken sağlık kurumunun herhangi bir sebeple Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmesinin sona ermesi durumunda tedavinin tamamlanmasına kadar olacak masraflar poliçe teminat kapsamı içinde olacaktır. Fesih olan poliçe başlangıç tarihinden iptal tarihine kadar geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanacaktır. Sigortalının vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Poliçedeki Sigortalı ile Sigorta Ettirenin farklı olması durumunda Sigorta Ettirenin vefatı halinde Sigortalılar Sigorta Ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirebilirler. Sigorta Ettirenin kanuni varislerinin bu durumla ilgili yazılı onayının Sigortacıya 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

H - SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ

Sigortalı mevcut poliçenin bitiş tarihinden en geç 30 gün sonrasına kadar yeni sözleşme (poliçe) için Sigortacıya 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.

Sigortalının poliçe yenileme döneminde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi almamış Sigortalıya hasar/prim oranına göre ek prim veya indirim uygulama, hasar prim oranına ve/veya risk kabul kriterlerine göre poliçeyi yenilememe, muafiyet, katılım payı, limit, ek prim vb. şartlı kabul uygulamaları yapma hakkı saklıdır

I - 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 Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesi ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır

J - TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigortalının poliçe üzerinde yazılı anlaşmalı kurum ve/veya kurumlardan sağlık hizmeti alması sırasında oluşabilecek masraflar; poliçe teminat kapsamı dahilinde değerlendirildiğinde kuruma verilecek provizyon sonrası doğrudan anlaşmalı kuruma ödenecektir. Provizyona ilişkin fatura ve evraklar anlaşmalı kurum tarafından Sigortacıya gönderilecektir. Provizyon alınmamış işlemlerde Sigortalının kendi yaptığı harcamalara ait faturalar ise poliçe kapsamı dahilinde değerlendirilmeyecektir. Poliçe teminat kapsamı dışındaki masrafların tamamı Sigortalı tarafından ödenecektir

K - DİĞER BİLGİLER

Sigortacı Tahkim Sistemi'ne üye değildir

L - 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 iş günü içinde talepleri cevaplamak zorundadır

2- Poliçenizin veya ret mektubunuzun başvuru tarihinden itibaren 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması durumunda 0850 755 0 755 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri Merkezimize ulaşabilirsiniz.