MAPFRE | GENEL YAŞAM

SAĞLIK SİGORTALARI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

En az iki 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 ilişkin 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. Tarafların, sigorta genel şartlarına ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmamak ve sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şart kararlaştırabilme hakkı vardır.
3. Sağlık sigortası poliçesi, ürünlere göre farklı teminatları içermekle birlikte, verilen tüm teminatlar aşağıda belirtilmektedir.

SAĞLIK

a. Ayakta Tedavi Teminatları

Doktor muayene	Kontrol Mamografisi	İlaç	Kontrol PSA	Modern Teşhis Yöntemleri	Fizik Tedavi Check-Up

b. Yatarak Tedavi Teminatları

Ameliyat	Trafik Kazası Sonucu Diş Tedavi	Hava-Kara Ambulans	Kemoterapi	Yoğun Bakım
Hastane oda-yemek-refakatçi	Operatör doktor ücreti	Diyaliz	Radyoterapi	Küçük Müdahale

c. Diğer Teminatlar

Evde Bakım	Annelik	Suni Uzuv	Yurtdışı Yatarak	Yurtdışı Ayaktaa

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 nazara alarak kendi risk kabul esaslarına göre ayrıca izel 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 hazırlanmasını müteakip sertifikanızdan teminatlarınızı okuyup kontrol ediniz.

B- GENEL BİLGİ VE UYARILAR

1. Sağlık Sigortalırı 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. **Ayrıca başvuru formunda sorulmamış olsa bile sözleşme konusu rizikonun takdirine etkili olan ve tarafınızca bilinen diğer hususlarında 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 kadıracağı veya aleyhinize sonuç doğuracağını nazara alarak lütfen sözleşmenin her aşamasında sigortacıya eksik ya da yanlış bilgi vermekten kaçınınız. Başvuru formunda eksik bırakılan soru yanıtları HAYIR olarak işleme alınacaktır.
3. Sigortacı sigortalının sağlık riskini değerlendirebilmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık durumu ve/veya Risk Kabul yönetmeliği doğrultusunda şirketin başvuruyu reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır.
4. 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 itibariyle 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 8. 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.
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 itibariyle 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 Kitapçığı ve Kullanım Kılavuzunu dikkatlice okuyunuz. **Başvuru ve akdin müzakeresi sırasında da Sigorta Özel ve Genel Şartlar Kitapçığını ve Kullanım Kılavuzunu 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 saat12.00'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, **musteri@mapfregenelyasam.com** adresine ya da **0 212 334 62 60** no'lu faksımıza bildiriniz.

C- İSTİSNALAR

Teminat dışında olan haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları, Seyahat Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Sağlık Sigortası Poliçe Özel Şartlarında yer alan istisnalara bakınız.

D- TAZMİNAT ÖDEMELERİNİN YAPILMASI

1. Hak sahipleri, poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için, ilgili belgeleri sigortacıya vermekle yükümlüdür. Tazminat ödemelerinde istenen evraklar, poliçeden alınan teminatlara göre oluşacak tazminat taliplerinde farklılık göstermektedir. Anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen tazminat başvurunuz için gereken bilgi ve belgelere ilişkin listeyi içeren Kullanım Kılavuzunuzun poliçenin hazırlanmasını müteakip size ulaşan poliçe kiti içinde bulunduğundan emin olunuz.
2. Anlaşmalı kurumlarımızın listesi size verilecek Anlaşmalı Kurumları Kitapçığında mevcuttur. Sürekli güncellenen Anlaşmalı Kurumlar bilgisi için www.mapfregenelyasam.com adresimizi ziyaret edebilir ya da mesai saatleri içinde 0 212 334 62 72 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri birimimize veya mesai saatleri dışında 0 212 334 62 62 no'lu telefondan Medikal İşlem Merkezimize ulaşabilirsiniz.
3. Tazminat ödemeleri Poliçe Özel ve Genel Şartları varsa Ek Protokol ve sertifikanızın 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 şirketimize ulaşarak provizyon alınması gerekmektedir.
5. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme yükümlülüğü sigorta şirketine aittir.

E- DİĞER BİLGİLER

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

F- 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 özelikleri 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 deportmanımıza ulaşabilirsiniz.

Ben aşağıdaki imza sahibi; 3 sayfadan oluşan bu başuru ve bilgilendirme formunda belirtilen sigorta şartlarını kabul ederek doldurduğumu beyan ederim.

SİGORTA ETTİREN / SİGORTALI

Adı Soyadı: İmzası: Tarih: