

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, 6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun 1423. Maddesine ve 28.10.2007 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik'e istinaden aydınlatma/bilgilendirme yükümlüğünün yerine getirilmesi amacı ile hazırlanmıştır.

A. SİGORTACI'YA İLİŞKİN BİLGİLER

SİGORTA ŞİRKETİ	ACIBADEM SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.
ADRES	Küçükbakkalköy Mah. Başar Sok. No: 20 34750 Ataşehir - İstanbul
TELEFON / FAKS NO	(0216) 571 5 571 - (0216) 571 55 56
SATIŞ KANALI	
TEKNİK PERSONEL ADI - SOYADI	
ADRES	
TELEFON NO / FAKS NO	() - ()
LEVHA KAYIT NO	

B. UYARILAR

- Seçilen Sigorta Sözleşmesi/Sözleşmeleri hakkında daha ayrıntılı bilgi almak için, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Sigortacı tarafından hazırlanan Poliçe Özel Şartları'nda yer alan hususları dikkatlice okuyunuz. Ürünlerimiz ve Anlaşmalı kurumlarımız ile ilgili daha detaylı bilgiye satış kanalınız aracılığı ile veya www.acibademsigorta.com.tr adresi üzerinden ulaşabilirsiniz.
- Sigortacı'nın sorumluluğu, sigorta sözleşmesinin kurulmuş olması halinde, sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde, peşinatın ödenmesi halinde başlar.
- İleride doğabilecek birtakım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.
- Sigorta Ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/ kararlaştırılan prim ödeme vadeleri kesin vade niteliğindedir. Sigorta Ettiren, kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesi uygulanır. Sigortacı'nın, Sigorta Ettiren'in temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.
- Sigortalandıktan sonra www.sencard.com.tr adresinde yer alan websen bölümünü tıklayarak T.C. Kimlik numaranız ve sisteme kayıtlı cep telefonunuz aracılığıyla şifre alabilir, poliçe bilgilerinizi görüntüleyebilir, tazminat detaylarını inceleyebilir, kişisel bilgilerinizi güncelleyebilir, hatta medikal tetkik sonuçlarınızı da online olarak takip etmeye başlayabilirsiniz.
- Sigorta Ettiren, Başvuru ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri verilmiş olan tüm sigortalı adaylarının sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) ve gerekçe gibi bilgilerinin kendisiyle paylaşılmasına ve ayrıca her bir sigortalı adayının bilgilerinin elektronik ortam üzerinden birbirlerince görüntülenebilmesine dair sözlü muvafakatlari olduğunu ve örnekleri ekte bulunan muvafakatnamenin her bir sigortalı adayı tarafından imzalanmış halinin cayma süresi içinde Sigortacı'ya ibraz edeceğini, aksi halde Sigortacı'nın cayma hakkının bulunduğunu kabul ve beyan eder.
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 Bakanlığında, 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.
- Sigorta Ettiren, Sigortacı'dan Sözleşme'nin iptalini talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için; Sigorta Ettiren tarafından düzenlenen, sözleşmenin iptal edilmesi istenen tarihi ve gerekçesini içeren iptal bildirim yazısının Sigortacı'ya ulaştırılması gerekir.
Sigorta Ettiren, sigorta sözleşme başlangıç tarihinden itibaren ilk 15 gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunmak suretiyle, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat ödemesinin olmaması kaydıyla sigortadan cayma ve ödemiş olduğu primi kesintisiz iade alma hakkına sahiptir.
Ancak, sözleşme başlangıç tarihinden itibaren ilk 15 gün içerisinde gönderilmeyen iptal taleplerinde ve/veya ilk 15 gün içerisinde risk gerçekleşmiş, iptal talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat ödemesinin olması durumunda, Sigortacı teminat kapsamına aldığı ve ödemiş olduğu sağlık giderleri ile idari ve istihsal

giderlerini prim zeyili yaparak iptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren’den tahsil eder ve varsa iade edilecek prim tutarını Sigorta Ettiren’e iptal talebinin kendisine ulaştığı tarihten itibaren beş (5) gün içerisinde iade eder. Sigorta sözleşme başlangıç tarihinden itibaren ilk 15 gün sonrasında gönderilen iptal taleplerinde ise, Sigortalılara ödenen tazminatlar ile idari ve istihsal giderlerinin iptal tarihi itibarıyla gün esaslı hesaplanan kısmının toplamı, Sigortacı’nın hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı tahsil ettiği primlerden almaya hak kazandığı primleri düşerek kalan primleri iptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren’e iade eder.

Sigortalılara ödenen tazminatlar ile idari ve istihsal giderlerinin iptal tarihi itibarıyla gün esaslı hesaplanan kısmının toplamı, Sigortacı’nın hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı’nın tahsil ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı ilgili tazminat tutarını ve idari ve istihsal giderlerinin gün esaslı olarak hesaplanan kısmını tahsil ettiği prim tutarından düşerek kalan primi iptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren’e iade eder. Sigortalılara ödenen tazminat tutarı ile idari ve istihsal giderlerinin iptal tarihi itibarıyla gün esaslı hesaplanan kısmının toplamı, hem Sigortacı’nın hak ettiği prim tutarını hem de iptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren’in ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesiz iptal yapılır ve rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin Sigortacı’nın ödediği/ ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

İptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren’in isteği üzerine sözleşmenin iptali en fazla onbeş (15) gün geriye dönük yapılabilir. İşbu Sözleşme hükümleri çerçevesinde sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması vb. gibi her türlü kötü niyetli hareketin saptanması durumunda Sigortacı, teminat kapsamına aldığı ve ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve Sigortalı’yı varsa bağımlıları ile beraber poliçeden çıkartma hakkına sahiptir. Sigortalının, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile Sigortacı’nın uğrayacağı zararlardan sigortalının bulunduğu poliçenin Sigorta Ettireni, Sigortalı ile birlikte sorumludur.

8. Sözleşmenin kurulması sırasında veya Sigortacı’nın talep ettiği diğer durumlarda, sigortalı adayı Sağlık Beyan Formu ve Başvuru Formu doldurmakla ve bu beyanda sağlık durumu ile ilgili bilgileri tam ve doğru beyan etmekle yükümlüdür. Başvuru ve Beyan Formu’nda bulunmasa dahi poliçe şartlarını etkileyebilecek hususlarda sigortalının Sigortacı’ya bilgi verme yükümlülüğü bulunmaktadır. Sigortacı, ihtiyaç görmesi halinde, Sigortalı’nın sağlık durumunun tespiti için hekim görüşünün alınmasını isteyebilir. Bahse konu işleme ilişkin masraflar Sigortalı tarafından karşılanır.

Sigortalıların grup sağlık sigorta poliçesinin Sözleşme şartlarına aykırı bir biçimde, bilgi gizlemek, haksız kazanç sağlamak vb. suretle sürdürülmeye çalışılması halinde, Sigortalı (Sigortalı çalışan ise bağımlıları ile beraber) sigorta kapsamından çıkarılır.

Sigortalı personel tarafından kendisi ve varsa bağımlılarının rahatsızlık ve/veya hastalıklarına ait beyan edilen bilgilerin gerçeğe aykırı veya eksik olduğunun Sigortacı tarafından poliçe yürürlükte iken öğrenilmesi durumunda, Sigortacı’nın Sigortalı/ lar için yeniden risk analizi yapma hakkı saklıdır. Sigortacı, yapılan değerlendirme sırasında, Sigortalı’dan yeni Sağlık Beyan ve Başvuru Formu alma, poliçe teminat limitleri haricinde yaptırılmak üzere rapor, ek tetkikler vb bilgi/ belge talep ederek ek şart (limit, muafiyet, ekprim vb) uygulama veya poliçe kapsamından Sigortalı’yı ve varsa bağımlılarını çıkarma hakkına sahiptir.

9. Bu ürün ile verilen Yenileme Garantisi, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği’nin 7. maddesi ile düzenlenmiş olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkından farklı taahhütleri içermektedir. Sigortacı tarafından verilen Yenileme Garantisi’nin kapsamına ilişkin detaylı düzenlemeyi, Sigortacı tarafından hazırlanmış olan ürüne ilişkin Poliçe Özel Şartları’nda bulabilirsiniz.

C. GENEL BİLGİLER

1. TEMİNATLAR

Bu sigortayla aşağıdaki teminatlar sağlanmaktadır. Kapsam altına alınan teminatlar, teminat tutarları, Sertifika ve ekinde yer alan Teminat Tablo’sunda belirtilmiş olup, söz konusu teminatlar için Poliçe ekinde yer alan özel şartlardaki hükümler uygulanacaktır.

Sağlık sigortası teminatı, Sigortalı’nın sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan rahatsızlıklarına ait sigorta süresi içinde gerçekleşen sağlık giderlerini Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe Özel Şartları çerçevesinde ve Sertifika ekindeki Teminat Tablosu’nda belirtilen limit ve katılım payı oranında tazmin etmeye yöneliktir.

<input type="checkbox"/> Yatarak Tedavi	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
<input type="checkbox"/> Ayakta Tedavi	<input type="checkbox"/> Limitsiz	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
<input type="checkbox"/> Doğum	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
<input type="checkbox"/> Yurtdışı	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok

2. TEMİNAT DIŞI HALLER

Teminat Dışı Haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Sigortacı tarafından hazırlanan Poliçe Özel Şartları’na bakınız. Sigortacı, yenileme dönemlerinde teminatları, teminat limitlerini ve teminatlara bağlı primleri belirleyebilir. Türk Ticaret Kanunu, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Poliçe Özel Şartları’nda belirtilen Teminat Dışı Haller (İstisnalar ve Bekleme Süreleri) maddesinde belirtilen durumlar için ödeme yapılmaz.

AZAMI İYİ NİYET PRENSİBİ

Formu ile, bu formlara ek olarak verilen belgelerde kendisine ve bağımlılarına sorulan sorulara doğru cevap vermek ve kendisince bilinenleri/bilinmesi gereken rahatsızlıkları ve hastalıkları Azami İyi Niyet Prensibine uygun olarak beyan etmekle yükümlüdür.

Sigortacı bu sigorta sözleşmesini ve sözleşme şartlarını Sigorta Ettiren'in beyanına dayalı olarak oluşturmaktadır. Bu nedenle Grup sağlık sigorta sözleşmesi kapsamındaki sigortalılar kendilerine verilecek Sağlık Beyan Formu ve Başvuru Formu ile, bu formlara ek olarak verilen belgelerde kendisine ve bağımlılarına sorulan sorulara doğru cevap vermek ve kendisince bilinenleri/bilinmesi gereken rahatsızlıkları ve hastalıkları Azami İyi Niyet Prensibine uygun olarak beyan etmekle yükümlüdür.

D. RİSK KABUL VE PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

1. Sigortacı, Sigorta sözleşmesinin kurulması aşamasında Sigorta Ettiren'in beyan ettiği tüm bilgileri yeniden sözleşme yapılması aşamasında ise Sigortalıların'nın yıl içindeki tazminatlarını ve sağlık durumunu esas alarak değerlendirme yapar. Sigortacı, yapacağı değerlendirme sonucunda Sigortalı'nın mevcut rahatsızlıkları ve/veya hastalıkları için ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulama, ilgili başvuruyu reddetme ve sözleşmeyi hiç yenilememe hakkı saklıdır.
2. Grup Sağlık Sigortası kapsamında, başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilmiş, sigortalanmak üzere ilk başvuru tarihinde 64 (dahil) yaşından küçük olan ve Sigorta Ettiren nezdinden aktif çalışan ve/veya üyeler ile bunların bağımlıları kişiler sigorta kapsamına alınabilir. Ancak, Sigortacı kesintisiz devam eden poliçelerde 65 (dahil) yaşından büyük olan kişilerin sigortasını, Risk Kabul Birimi tarafından yapılacak tıbbi ve teknik analiz sonucuna göre, reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi, vb) kabul etme hakkına sahiptir.
3. Sigorta Ettiren, daha önce sigortalı oldukları şirket ve sigortalılara ait kazanılmış haklarla ilgili bilgileri Sigortacı'ya bildirmekle yükümlüdür. Daha önce sigortalı olunan şirketten gelen kazanılmış hak bilgileri Sigortacı'nın onayı ile devralınır. Başka bir sigorta şirketinden grup poliçesine yapılacak ara dönem geçişlerde, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Sigortacı tarafından hazırlanan Poliçe Özel Şartları doğrultusunda Risk Kabul Birimi tarafından yapılacak değerlendirme sonucuna göre diğer sigorta şirketindeki sigortalılık dönemi kazanılmış hak olarak kabul edilebilecektir.
4. Sigortalı personelin grupta sigortalı iken çocuğunun olması ve çocuğun sigorta kapsamına alınmasının talep edilmesi durumunda, yeni doğan bebeğin sigortaya dahil edilme talebinin Sigorta Ettiren tarafından Sağlık Beyan Formu ile birlikte en geç doğum tarihinden itibaren otuz (30) gün içerisinde yapılması gereklidir. Personelin yeni doğan bebekleri, ondördüncü (14.) günden sonra yapılacak risk değerlendirmesi sonucunda sağlıklı olması durumunda, doğduğu gün itibarıyla sigortalanabilir. Poliçeye eklenecek, yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocukların primleri, yıllık prim üzerinden gün esasına göre hesaplanarak alınacaktır.
5. Grup Sağlık Sigortası poliçesinden, işten ayrılan personel ve bağımlıları, vefat etmiş personel ve bağımlıları ve vefat eden bağımlıların çıkışları yapılabilecektir. Grup poliçesinden yapılacak personel ve bağımlıların çıkışlarında, Tazminat/Prim (Toplam Tazminat / Brüt Prim) oranı dikkate alınacaktır. Tazminat/Prim oranı %65'in altında ise gün esaslı prim iadesi yapılarak, Tazminat/Prim (Toplam Tazminat / Brüt Prim) oranı %65'in üzerinde ise yıllık prim tutarının tazminat tutarını aşan kısmının iadesi yapılmak suretiyle gerçekleştirilecektir. İyi niyet prensipleri çerçevesinde hareket edilmediğinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı söz konusu personel ve bağımlılara ilişkin tazminat tutarının tamamını Sigorta Ettiren'den isteme hakkına sahiptir.
6. Yenileme Garantisi, Sigortalı'nın, elli altı (56) (hariç) yaşından önce ilk defa sigortaya girmiş olması, Sigortacı bünyesinde kesintisiz üç (3) yıl sigortalı kalması, son üç (3) yıl T/P oranı (toplam tazminat tutarı/brüt prim tutarı) ortalamasının %100'ün altında olması (check-up hariç) ve bu süre içerisinde 'Azami İyi Niyet Prensibi' ilkesine uygun davranması halinde, Risk Kabul Birimi tarafından yapılacak teknik değerlendirme sonucuna göre grup bünyesinde YG verilir. Sigortacı'nın teknik değerlendirme sonucuna göre, Yenileme Garantisi verme veya vermeme hakkı saklıdır. Bu ürün ile verilen Yenileme Garantisi, Özel Sağlık Sigortalı Yönetmeliği'nin 7. maddesi ile düzenlenmiş olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkından farklı taahhütleri içermektedir. Sigortacı tarafından verilen Yenileme Garantisi kapsamını, Poliçe Özel Şartları'nda bulabilirsiniz.
7. Grup poliçesi kapsamında verilen YG hakkının, ferdi poliçeye geçiş sırasında geçerli olabilmesi için, Sigorta Ettiren bünyesinden emekli olma, istifa etme veya işten çıkarılma sonrası ayrılma sonucu poliçeden çıkış ya da Sigorta Ettiren'in hiçbir sigorta şirketinden sağlık poliçesi yaptırmama kararı alması sonrasında poliçelerinin iptal edildiği tarihten itibaren en geç onbeş (15) gün içerisinde başvurulması gerekmektedir. Bu durumdaki Sigortalı'nın Grup Sağlık Sigortası kapsamında bulunan tüm bağımlılarıyla birlikte ve gruptaki teminatları itibarıyla muadil veya en yakın sağlık teminatları içeren bir ürüne geçmesi esastır.

Öte yandan, bu geçiş sırasında, tıbbi risk değerlendirilmesi, grup bünyesinde Yenileme Garantisi hakkının kazanıldığı tarihe kadar gerçekleşen tazminat detayları ve sigortalının sağlık durumu dikkate alınarak yapılacaktır. Yapılan bu değerlendirme sonucunda, Sigortacı'nın ek şart (muafiyet, limit, ekprim, bekleme süresi vb.) uygulama, YG hakkını verme /veya vermeme hakkı saklıdır.

Yukarıda belirtilen şartların sağlanmaması durumunda ise, sigortalının tüm sigortalılık süresi dikkate alınarak yeniden risk analizi yapılacaktır.

E. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

1. Anlaşmalı Kuruma başvurulması durumunda, Sigortacı tedavi masraflarına yönelik ödemeyi, Poliçe Genel ve Özel Şartları ile Poliçe ekinde yer alan teminat tablosu ve Anlaşmalı Kurum ile yapılan sözleşme çerçevesinde doğrudan Anlaşmalı Kuruma yapacaktır.
2. Anlaşmasız bir kuruma başvurulması durumunda ise, tedavi masrafları öncelikle Sigortalı tarafından ödenecektir. Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz şekilde Sigortacı'ya ulaşmasından itibaren tazminat talebiniz, azami beş gün içinde, değerlendirilir ve Poliçe Özel ve Genel Şartları kapsamında olan Poliçe'de belirtilen limit ve oranlar dahilinde Sigortacı tarafından uygun bulunması halinde ödenir.
3. Hak sahipleri, poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için, ilgili belgeleri Sigortacı'ya vermekle yükümlüdür. Tazminat başvurusu için gereken bilgi ve belgelere ilişkin detayı, poliçenin hazırlanmasını müteakip Sigortacı'nızdan isteyebilir veya şirketimiz web sitesinden temin edebilirsiniz. Rizikonun gerçekleşmesi durumunda, gerekli bilgi ve belgelerle birlikte işbu formda adres ve telefonları yer alan Sigortacı'ya başvuruda bulununuz.
4. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme borcu Sigortacı'ya aittir.

F. VERGİ UYGULAMASI

Sağlık sigortası için ödenen primler vergiye esas matrahtan düşülebilir. Bu konuda lütfen Sigortacı'nıza danışınız.

G. TAHKİM SİSTEMİNE ÜYELİK

Sigortacı ; Tahkim Sistemine Üye Tahkim Sistemine Üye Değil

H. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleriniz ve şikayetleriniz için aşağıda yazılı adres, e-posta ve telefonlarımızı arayarak Sigortacı'ya ulaşabilirsiniz. Bilgi talepleriniz ve şikayetlerinizin Sigortacı'ya ulaşmasından itibaren en geç 15 gün içinde (Sigortacı tarafından gerekli görülmesi halinde araştırma sürecinin sonlandığı tarihten itibaren başlayacaktır) tarafımıza verdiğiniz iletişim bilgileri bu bilgilerin verilmemiş olması halinde ise Sigortacı tarafından bilinen en son iletişim bilgileriniz kullanılarak cevap verilir.

SENCARD HİZMET MERKEZİ İLETİŞİM BİLGİLERİ

ADRES	Sencard Hizmet Merkezi Küçükbakkalköy Mah. Başar Sok. No: 20 34750 Ataşehir - İstanbul
TELEFON NO	(0216) 571 5 571
FAKS NO	(0216) 571 55 56
E-POSTA	mim@sencard.com.tr

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih
__/__/____	__/__/____