

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	BUPA ACIBADEM SİGORTA A.Ş.
ADRES	Küçükbakkalköy Mah. Başar Sok. No: 20 34750 Ataşehir - İstanbul
TELEFON / FAKS NO	(0216) 571 55 55 - (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 Provizyon Verilen Kurumlarımız ile ilgili daha detaylı bilgiye satış kanalınız aracılığı ile veya www.bupaacibadem.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 Ettirenin, sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunması halinde, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması durumunda, ödenen primler kesintisiz olarak Sigorta Ettirene iade edilir. Poliçenin başlangıç tarihinden itibaren 30 günlük sürenin dolmasından sonra ve/veya talep tarihine kadar herhangi bir tazminat ödemesinin yapılmış olması halinde; prim iade tutarı, sigorta sözleşmesinin geçerli olduğu gün sayısının toplam sigortalılık süresine oranı esas alınarak hesaplanır. Sigorta süresi içerisinde ödenen toplam tazminat tutarı, gün esasına göre hesaplanmış Ödenecek Poliçe Priminin %65'ine eşit veya küçük ise, ödenmiş toplam primden, gün esaslı hesaplanan prim tutarı düşülerek kalan tutar Sigorta Ettirene ödenir. Sözleşmenin, bu madde gereğince iptali halinde, toplam tazminat tutarının (ödenmiş, ödenecek), gün esaslı hesaplanan Ödenecek Poliçe Primi tutarının 65%'ini aşması durumunda, herhangi bir prim iadesi yapılmaz.
- Sözleşmenin kurulması sırasında veya Sigortacı'nın talep ettiği diğer durumlarda, sigortalı adayı Başvuru ve Sağlık Beyan Formu doldurmakla ve bu beyanda sağlık durumu ile ilgili bilgileri tam ve doğru beyan etmekle yükümlüdür. Başvuru ve Sağlık 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 Başvuru ve Sağlık Beyan 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.

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

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.

3. AZAMI İYİNİYET PRENSİBİ

Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigorta sözleşmesi kapsamındaki sigortalılar kendilerine verilecek Başvuru ve Sağlık Beyan 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 Tamamlayıcı Sağlık Sigorta sözleşmesi kapsamındaki sigortalılar kendilerine verilecek Başvuru ve Sağlık Beyan 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'nın, 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 Tamamlayıcı 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, Sigortacı 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 Sigortacı 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, doğum tarihi itibari ile on dördüncü (14.) günden sonra doldurulan Başvuru ve Sağlık Beyan Formu ile birlikte en geç 30 gün içerisinde yapılması gereklidir. Personelin yeni doğan bebekleri, on dördüncü (14.) günden sonra yapılacak risk analizi sonucunda sağlıklı olması durumunda, on beşinci (15.) 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, İyiniyet prensipleri çerçevesinde hareket edildiği durumlarda personel ve bağımlılarının poliçeden çıkış işlemi, Tazminat/Prim (Toplam Tazminat / Kazanılmış Brüt Prim) oranına bakılmaksızın gün esaslı olarak yapılacaktır. İyiniyet prensipleri çerçevesinde hareket edilmediğinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı söz konusu personel ve bağımlılara ilişkin tazminat tutarının tamamını Sigorta Ettiren'den isteme hakkına sahiptir.
6. Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG), Sigortalı'nın, Sigortacıda elli altı (56) yaşından önce ilk defa sigortaya girmiş olması, kesintisiz üç (3) yıl sigortalı kalması ve bu süre içerisinde "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesine uygun davranması halinde, Sigortacı tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre sigortalanması uygun görülen kişilere verilir. Ancak, Sigortacının değerlendirme sonucuna göre, Sigortalı'ya bu hakkı vermeme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) verme hakkı saklıdır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi, Grup Sağlık Sigorta Sözleşmesi altında ömür boyu yenileneceğini ifade eder. Sigortalının aralıksız olarak sözleşme kapsamında yer alan diğer Sigorta Ettiren nezdinde istihdam edilmesi halinde, Sigortalının ve bağımlılarının ÖBYG hakkı korunacaktır.

E. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

1. Provizyon Verilen Kuruma başvurulması durumunda, Sigortacı tedavi masraflarına yönelik ödemeyi, Poliçe Genel ve Özel Şartları ile Poliçe ekinde yer alan teminat tablosu ve Provizyon Verilen Kurum ile yapılan sözleşme çerçevesinde doğrudan Provizyon Verilen Kuruma yapacaktır.
2. Elden Ödemeli Kuruma başvurulması durumunda ise, tedavi masrafları öncelikle Sigortalı tarafından ödenecektir. Sigortalı tarafından ödenen sağlık giderlerine ilişkin tüm belgeler, Sigortacı'ya ulaştıktan sonra, Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile teminat tablosuna göre Sigortacı tarafından değerlendirme yapılır. SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastaneler ve branşlarda gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.
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.

Şirketiniz tarafından, SMS, telefon, elektronik posta ve benzeri iletişim kanallarından iletilecek bilgilendirme ve pazarlama mesajlarının tarafıma gönderilmesini kabul ederim.

İLETİŞİM BİLGİLERİ

ADRES	Sencard Hizmet Merkezi Küçükbakkalköy Mah. Başar Sok. No: 20 34750 Ataşehir - İstanbul
TELEFON NO	444 9 555
FAKS NO	(0216) 571 55 56
E-POSTA	mim@sencard.com.tr

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza
--/--/----	<input type="text"/>	--/--/----	<input type="text"/>