

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

ACENTE UNVANI:	YENİLEME YILI	GEÇİŞ ☐ İLK YIL ☐	BAŞVURU NO
ACENTE KODU:		YİNELEME ☐	
ELEMAN KODU:			

SİGORTA ETTİRENİN				
ADI SOYADI	POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ	BABA ADI	VERGİ KİMLİK NO	T.C. KİMLİK NO
YAZIŞMA ADRESİ		İŞ TEL:	EV TEL:	GSM:
		E-POSTA:		FAKS:

TAZMİNAT ÖDEMELERİ İÇİN			
BANKA ADI	ŞUBE ADI	HESAP ADI, SOYADI	IBAN NO

SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINA ALINACAK FERT VE AİLE BİREYLERİ İÇİN							
YAKINLIK DERECESESİ	ADI SOYADI	BOY (CM) KİLO (KG)	DOĞUM TARİHİ CİNSİYETİ	MEDENİ HALİ ÇOCUK SAYISI	MESLEK	T.C. KİMLİK NO	YAŞADIĞI ÜLKE/ UYRUK
FERT		cmkg	/...../..... ☐ K ☐ E	☐ E ☐ Badet			
SEÇİLEN PLAN	YATARAK ☐ AYAKTA ☐ LİMİTSİZ ANNELİK ☐			RİSK ANALİZİ*			
EŞ		cmkg	/...../..... ☐ K ☐ E	☐ E ☐ Badet			
SEÇİLEN PLAN	YATARAK ☐ AYAKTA ☐ LİMİTSİZ ANNELİK ☐			RİSK ANALİZİ*			
1. ÇOCUK		cmkg	/...../..... ☐ K ☐ E	☐ E ☐ Badet			
SEÇİLEN PLAN	YATARAK ☐ AYAKTA ☐ LİMİTSİZ ANNELİK ☐			RİSK ANALİZİ*			
2. ÇOCUK		cmkg	/...../..... ☐ K ☐ E	☐ E ☐ Badet			
SEÇİLEN PLAN	YATARAK ☐ AYAKTA ☐ LİMİTSİZ ANNELİK ☐			RİSK ANALİZİ*			
3. ÇOCUK		cmkg	/...../..... ☐ K ☐ E	☐ E ☐ Badet			
SEÇİLEN PLAN	YATARAK ☐ AYAKTA ☐ LİMİTSİZ ANNELİK ☐			RİSK ANALİZİ*			

Eş ve çocuklardan biri ya da birkaçı sigortalı değilse sebebini açıklayınız?
(Başka bir şirkette poliçesi varsa güncel sertifikalarını ekleyiniz. Mapfre Genel Sigorta A.Ş. bünyesinde başka bir poliçede sigortalı ise poliçe numarası belirtiniz.)

AÇIKLAMA VE NOTLAR:

*Risk analizi bölümleri Mapfre Sigorta A.Ş. tarafından doldurulacaktır.

ÖDEME BİLGİLERİ VE ONAY FORMU

ÖDEME ŞEKLİ : KK ☐ V ☐ C ☐ N ☐	TOPLAM PRİM (TL):	VADE TARİHİ	VADE TUTARI
ÖDEME TÜRÜ : PEŞİN ☐ TAKSİTLİ ☐	TAKSİT ADEDİ		
KREDİ KART HAMİLİNİN ADI / SOYADI:.....	%25 PEŞİN	/...../20...	TL.
KART TÜRÜ : VISA ☐ MASTER ☐	1. TAKSİT	/...../20...	TL.
KART NUMARASI :	2. TAKSİT	/...../20...	TL.
BANKA ADI :	3. TAKSİT	/...../20...	TL.
GEÇERLİLİK TARİHİ :	4. TAKSİT	/...../20...	TL.
CVV NO :	5. TAKSİT	/...../20...	TL.

Başvuru Formu'nda verdiğimiz bilgilerin doğru olduğunu, poliçemin formundaki bilgilerimin MAPFRE SİGORTA A.Ş. tarafından kabulü ve sigorta priminin ödemesinden sonra yürürlüğe gireceğini, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise yaptığım ödemenin pey akçesi (kaporo) olduğunu, başvurumun şirketçe kabul edilip poliçeleşmesi halinde kararlaştırılan ödeme planına uyacağımı, sigortadan herhangi bir nedenle vazgeçmem halinde alınan pey'in yapılan masraflara karşılık olarak MAPFRE SİGORTA A.Ş.'ne kalacağını, Başvuru Formu'nda yer alan sigortalılar için prim ödemelerinin aşağıda belirtilen vade ve tutarlarda tarafıma yapılacağını, söz konusu sigortalılara ilişkin tazminat tutarlarının poliçede fert olarak tanımlanan sigortalı hesabına yapılmasını ve konuyla ilgili onaymda yapacağım değişikliğin tarafıma sigorta şirketine bildireceğini kabul ve beyan ederim.

SİGORTA ETTİREN ADI/SOYADI

TARİH/İMZA

ALINDI BELGESİ

.....numaralı poliçe için hazırlanan ödeme planına uygun olarak (rakam ile).....TL.
(yazı ile).....TL.
.....TL.
alınmıştır. Poliçe herhangi bir nedenle kabul edilemez ise alınan tutar hiçbir kesinti yapılmadan iade edilir.

ACENTE

TARİH/İMZA

Lütfen arka sayfayı da eksiksiz olarak doldurunuz.

SİGORTALI ADAYLARININ SAĞLIK BEYAN FORMU

Başvuru sahibinin aşağıdaki soruları kendisi ve kanunen bakmakla yükümlü olduğu ve "Sigorta Bünyesine Katılacak Kişiler" başlığı altında bilgilerini verdiği kişiler adına doldurmasını ve EVET yanıtlarıyla ilgili bilgileri aşağıdaki ilgili bölümlere yazılmasını varsa mevcut raporların eklenmesini rica ederiz. Aşağıdaki sorulara ne kadar ayrıntılı ve doğru yanıt verirsiniz, sigorta sisteminiz o kadar iyi işleyecektir. Yanlış veya eksik beyan, tazminat talebinizin reddine sebep olacaktır. Başvuru Formu'nda işaretlenmeyen soruların "Hayır" olarak işleme alınmasını kabul ediyorum.

Aşağıda belirtilen hastalıklarla ilgili siz ve sigortalananak aile bireylerinizin bugüne kadar şikayeti/teşhisi/rahatsızlığı/sakatlığı oldu mu?									
Sigortalı Fert Bağımlılar				Sigortalı Fert Bağımlılar				Sigortalı Fert Bağımlılar	
	E	H		E	H	E	H	E	H
Hipertansiyon	☐	☐	Karaciğer Hastalıkları	☐	☐	Doğumsal, Kalıtsal Hastalıklar	☐	☐	☐
Lipid Metabolizma Bozukluğu	☐	☐	Viral Hepatitler (A,B,C,D,E)	☐	☐	Deri, Cilt Hastalıkları	☐	☐	☐
Kalp, Damar Hastalıkları	☐	☐	Akciğer ve Diğer Solunum Sistemi Hastalıkları	☐	☐	AIDS ve HIV Türevi Virüsler ve İlgili Hastalıklar	☐	☐	☐
Diğer Damar Hastalıkları	☐	☐	Burun, Boğaz Hastalıkları	☐	☐	Multiple Skleroz	☐	☐	☐
Dişabet (Şeker) Hastalığı	☐	☐	Sindirim Sistemi Hastalıkları	☐	☐	Sara (Epilepsi ve Konvülsiyon)	☐	☐	☐
Tümör, Kist, Kitle, Nodül, Hiperplazi	☐	☐	Karaciğer, Safra, Dalak, Pankreas Hastalıkları	☐	☐	Paralizi (Felç)	☐	☐	☐
Her Türlü Kanser	☐	☐	Genital ve Üriner Sistem Hastalıkları	☐	☐	Zeka Geriliği	☐	☐	☐
Omurga ve Eklem Hastalıkları	☐	☐	Prostat Hastalıkları	☐	☐	Göz Hastalıkları Görme Kaybı	☐	☐	☐
Kas, İskelet, Kemik, Bağ Hastalıkları	☐	☐	Jinekolojik (Kadın) Hastalıklar	☐	☐	Kulak Hastalıkları İşitme Kaybı	☐	☐	☐
Endokrin Sistem Hastalıkları (Hormonlar)	☐	☐	Psikolojik Hastalıklar (asabi, ruhi)	☐	☐	Önemli Yanıklar	☐	☐	☐
Tiroid Hastalıkları (Guatr)	☐	☐	Her Türlü Fıtık (Herniler)	☐	☐	Prematürel (Erken Doğum)	☐	☐	☐
Kan, Lenf Bezi Hastalıkları	☐	☐	Romatizmal Hastalıklar	☐	☐	Her Türlü Travma, Yaralanma Durumları	☐	☐	☐
Sinir Sistemi, Nörolojik Hastalıklar	☐	☐	Allerjik Durumlar	☐	☐	Diğer	☐	☐	☐

1. Yukarıda belirtilen ve "EVET" yanıtı verdiğiniz hastalıklar ile ilgili lütfen aşağıdaki bilgileri doldurunuz.

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Hast. Başlangıç Trh.	Son Şikayet Trh.	Tanı	Kullanılan İlaç	Tedavi Uygulama Sağlık Kuruluşu/Doktor	Takip/ Tedavi Yöntemi

2. Yukarıda belirtilen hastalıklardan başka siz ve/veya sigortalananak aile bireylerinizin; tıbbi takibi/tedavisi devam eden/etmeyen şikayeti/teşhisi/ rahatsızlığı/sakatlığı var mı? (Doktora/hastaneye gidilmemiş olsa dahi beyan edilmelidir.)

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Hast. Başlangıç Trh.	Son Şikayet Trh.	Tanı	Kullanılan İlaç	Tedavi Uygulama Sağlık Kuruluşu/Doktor	Takip/ Tedavi Yöntemi

3. Siz ve/veya sigortalananak aile bireylerinizden herhangi biriniz kan, idrar, radyoloji vb. testi yaptırdınız ve/veya düzenli ilaç kullandınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Yapılan Test	Test Tarihi	Sağlık Kuruluşu/ Doktor	Biyopsi Alındı mı? Sonuç?	Bugünkü Sağlık Durumunuz

4. Siz ve/veya sigortalananak aile bireyleriniz bu güne kadar herhangi bir ameliyat geçirdi mi? Ya da yatış yaptı mı? Evet ☐ Hayır ☐

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Geçirilen Ameliyat/Yatış	Ameliyat/Yatış Tarihi	Sağlık Kuruluşu/ Doktor	Sonuç?	Bugünkü Sağlık Durumunuz

5. Siz ve/veya sigortalananak aile bireyleriniz bugüne kadar tümör, ur, kist, nodül vb. ile ilgili işlemler yaptırdı mı? Evet ☐ Hayır ☐

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Yapılan Test/İşlem	Yapılan Test/ İşlem Tarihi	Sağlık Kuruluşu/ Doktor	Biyopsi Alındı mı? Sonuç?	Bugünkü Sağlık Durumunuz

6. Siz ve/veya sigortalananak aile bireyleriniz sigara, alkol veya keyif verici madde kullanıyor mu? (Evet ise, lütfen kullanım oranını belirtiniz.) Evet ☐ Hayır ☐

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Sigara ----- yıldır ----- günde/----- adet	Alkol ----- yıldır ----- günde/----- kadeh
	Sigara ----- yıldır ----- günde/----- adet	Alkol ----- yıldır ----- günde/----- kadeh

7. Siz ve/veya sigortalananak aile bireyleriniz tehlikeli spor veya tehlikeli faaliyetlerde bulunuyor musunuz? (Motor ve otomobil, dalış, dağcılık, kayak, yamaç paraşütü vb. sporlar veya spor amaçlı olmasa dahi benzer faaliyetler.) Evet ☐ Hayır ☐

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Yapılan Faaliyetler	Başladığı Tarih	Profesyonel	Amatör	Hobi
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐

8. Şu anda hamile misiniz? ☐ Evet ----- aylık hamileyim ☐ Hayır, hamile değilim

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Doğum Sayısı	Normal/Sezaryen	Çocuk Sayısı	Düşük Yaptınız mı? Düşük Sayısı	Kadın Hastalığı Geçirdiniz mi?

BİR ÖNCEKİ SAĞLIK SİGORTA ŞİRKETİNİZ/POLİÇENİZE AİT BİLGİ VE BELGELER İLETİLMELİDİR.

Başka bir sigorta şirket tarafından düzenlenen poliçeniz var mı? Evet ☐ Hayır ☐ Evet ise, ☐ Sağlık ☐ Ferdi Kaza ☐ Hayat

Cevabınız evet ise; yenileme yapılmak suretiyle devam eden sağlık sigorta poliçenizden önceki tüm sigortalanıza ilişkin; özel şart, ilk giriş tarihi ve bitiş tarihi (gün, ay, yıl) belirterek aşağıdaki soruları yanıtlayınız

BİR ÖNCEKİ SİGORTA ŞİRKET ADI:

Sigortalı Adı, Soyadı	Sigorta Kapsamına Alınmayan ve Ek Şart ile Alınan Rahatsızlıklar	Poliçe No/Kart No	İlk Giriş	Bitiş Tarihi
Fert				
Eş				
Çocuk				
Diğer				

Ben aşağıdaki imza sahibi; bu giriş formu nedeniyle MAPFRE SİGORTA A.Ş.'nin herhangi bir taahhüt altına girmedigini, sağlık sigortası teminatlarına kabul edilip edilmememi etkileyecek Mapfre Sigorta'nın bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi, yanlış veya eksik beyanda bulunmadığımı, aksi taktirde ortaya çıkabilecek anlaşmazlıklarda sigorta şirketinin herhangi bir sorumluluk altına girmeyeceğini, bu giriş formunda belirtmiş olduğum bütün hususlar hakkında doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma konusunda Mapfre Sigorta A.Ş.'ni yetkili kıldığımı, beyan, kabul ve tasdik ederim.

SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI	ACENTE Kaşe/Yetkili İmzaları	TARİH
Adı Soyadı		
Tarih		
İmzası		

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

MAPFRE KİŞİSEL VERİ GİZLİLİĞİ MUVAFAKATNAMESİ

MAPFRE SİGORTA A.Ş. (MAPFRE) müşterilerimize ait kişisel verilerin gizliliğini sağlamak amacıyla aşağıda belirtilen kuralları benimsemiştir. Bu kapsamda, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) ve Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik ile ilgili tarafınızı bilgilendirmek ve onayınızı almak isteriz.

MAPFRE SİGORTA A.Ş.
Büyükdere Cad. No: 74 D Blok 34381 Mecidiyeköy-Şişli/İstanbul
www.mapfre.com.tr
Tel: 0212 334 90 00
Faks: 0212 334 90 19

Aydınlatma Yükümlülüğü

MAPFRE ile paylaşılan kişisel veriler, MAPFRE'nin gözetimi ve kontrolü altındadır. MAPFRE, yürürlükteki ilgili mevzuat hükümleri gereğince kişisel bilginin gizliliğinin ve bütünlüğünün korunması amacıyla gerekli organizasyonu kurmak ve teknik önlemleri almak ve uyarlamak konusunda veri sorumlusu sıfatıyla sorumluluğu üstlenmiştir.

Bu kapsamda, üçüncü kişilere veri aktarımı sırasında meydana gelebilecek hak ihlallerini önlemek için gerekli teknik ve hukuki önlemler alınmaktadır. Ancak kişisel verileri alan üçüncü kişinin veri koruma politikalarından dolayı MAPFRE sorumlu olmayacağını beyan eder.

Kişisel Verilerin Toplanması Yasal Dayanağı

Müşterilerimizin kişisel verilerinin kullanılması konusunda çeşitli kanunlarda düzenlemeler bulunmaktadır. En başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, KVKK ve yönetmelik ile kişisel verilerin işlenmesinin ve aktarılmasının esasları belirlenmektedir. Ayrıca 5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu da kişisel verilerin korunmasına ilişkin önemli bazı yükümlülükler öngörmektedir. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri yoluyla da kişisel verilerin korunması için bazı hallerde cezai yaptırımlar öngörülmektedir. Diğer yandan, Sigorta Acenteleri Yönetmeliği, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi Yönetmeliği ve sigortacılık alanındaki diğer yasal düzenlemeler, sigortacılık faaliyetlerinin yürütülmesi için kişisel verilerin toplanmasına ve kullanılmasına izin veren bazı düzenlemeler getirmektedir.

Kişisel Verilerin Toplama Yöntemleri

Kişisel verileriniz, genel müdürlük, bölge müdürlükleri, acenteler, brokerler, çağrı merkezi, anlaşmalı sağlık kuruluşları gibi kanallar ile temasa geçen yahut elektronik ortamda işlem yapan müşterilerimizin verdikleri veriler, grup sigortası müşterilerimizin çalışanları ile ilgili ilettikleri veriler, müşterilerimizin rızaları ve mevzuat hükümleri uyarınca işlenmektedir.

Kişisel Verilerin Kullanıldığı Alanlar

Veri sorumlusu sıfatı ile MAPFRE kişisel bilgilerinizi kaydedecek, saklayacak, sigortacılık hizmetlerini devam ettirebilmek için güncelleyecek, sigortacılık faaliyetlerini yürütebilmek için işbirliği yaptığımız kurum ve kuruluşlarla, yurtiçi/yurtdışı reasürans şirketleriyle, verilerin bulut ortamında saklanması hizmeti aldığımız yurtiçi/yurtdışı kişi ve kurumlarla, müşterilerimize gönderdiğimiz ticari elektronik iletilerin iletilmesi konusunda anlaşmalı olduğumuz yurtiçi/yurtdışı kurumlarla, bankalar arası kart merkeziyle, anlaşmalı olduğumuz bankalarla, mevzuatın izin verdiği durumlarda ve sizlere daha iyi hizmet sunabilmek, müşteri memnuniyetini ve müşteri sadakatini sağlayabilmek için çeşitli pazarlama faaliyetleri kapsamında MAPFRE Grubu (MAPFRE A.Ş.'yi ve/veya bağlı kuruluşlarını, iştiraklerini, ortak teşebbüslerini ve bunların tüm şubeleri ile ofislerini ve çağrı merkezi hizmeti aldığımız Tur Assist Yardım ve Servis Ltd. Şti.'yi ifade eder) dahil yine yurt içinde ve dışında bulunan üçüncü kişi konumundaki anlaşmalı kuruluşlar ve iş ortakları ile paylaşabilecek, sınıflandırabilecek ve KVKK ve yönetmelikte belirtilen şekilde işleyebilecektir. Müşterilerimize ait kişisel verilerin üçüncü kişiler ile paylaşımı, müşterilerin izni çerçevesinde gerçekleşmekte ve kural olarak müşterimizin onayı veya mevzuatın gereği olmaksızın kişisel verileri üçüncü kişilere aktarılmamaktadır.

Bununla birlikte, yasal yükümlülüklerimiz kapsamında ve bunlarla sınırlı olmak üzere mahkemeler ve diğer kamu kurumları ile kişisel veriler paylaşılmaktadır. Ayrıca, taahhüt ettiğimiz hizmetleri sağlayabilmek ve verilen hizmetlerin kalite kontrolünü yapabilmek için anlaşmalı üçüncü kişilere kişisel veri aktarımı yapılmaktadır.

Kişisel Verileriniz Şu Amaçlarla Kullanılmaktadır:

- İşlem yapanın/yaptıranın kimlik bilgilerini teyit etmek,
- İletişim için adres ve diğer gerekli bilgileri kaydetmek,
- Sigorta sözleşmenizin koşulları veya güncel durumu ile ilgili hususlarda müşterilerimiz ile iletişime geçmek,
- Sigorta sözleşmenizde gerçekleşen değişiklikler hakkında müşterilerimizi bilgilendirebilmek,
- Elektronik (internet / mobil vs.) veya kağıt ortamında işleme dayanak olacak tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek,
- Sigorta sözleşmesi uyarınca üstlenilen yükümlülükleri yerine getirebilmek,
- Kamu güvenliğine ilişkin hususlarda kamu görevlilerine bilgi verebilmek,
- Çalışanlarına grup sigortası yaptırın kuruluşlara çalışanlarının sigorta kullanım bilgilerini iletebilmek,
- Müşterilerimize özel reklam, kampanya ve diğer faydaların sunulması, izin tercihleriniz doğrultusunda her türlü ticari elektronik ve yazılı ileti gönderilebilmesi ve bilgilendirilmesi, elde edilen veriler doğrultusunda müşteri segmentasyonu yapmak, anket ve tele satış uygulamaları, veri madenciliği ve diğer istatistiksel analizler, müşteri veri kalitesini geliştirmek ve iyileştirmek, müşteri yönetimine yönelik sadakat aksiyonları, çapraz satış ve kaybedilen müşteriyi tekrar kazanma aksiyonları tasarlamak ve yönetimini gerçekleştirmek ve tarafınızca izin verilmesi durumunda, bilgileriniz aracılığıyla tarafınızla telefon, kısa mesaj, multimedya mesaj (MMS), e-posta, mektup, faks ve otomatik arama makineleri gibi her türlü cihaz aracılığıyla ürün ve hizmetlerimizle ilgili fayda ve satış teklifleri için iletişime geçebilmek,



Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

- Anlaşmalı hastanelerimiz, tamirhanelerimiz, eksperlerimiz ve diğer anlaşmalı kişilerimiz ve kurumlarımız, acentelerimiz, brokerlar ve diğer çözüm ortaklarımız tarafından müşterilerimize önerilen hizmetlerle ilgili müşterilerimizi bilgilendirebilmek ve sigorta sözleşmesinin ifasından kaynaklanan diğer hizmetleri sunabilmek,
- Ürün ve hizmetlerimiz ile ilgili müşteri şikayet ve önerilerini değerlendirebilmek,
- KVKK ve yönetmelikten doğan yükümlülüklerimizi yerine getirebilmek ve mevzuattan doğan haklarımızı kullanabilmek.

KVKK'nın 11. Maddesi Uyarınca Müşterilerimizin Hakları:

KVKK uyarınca müşterilerimiz kişisel verilerinin; a) işlenip işlenmediğini öğrenme, b) işlenmişse bilgi talep etme, c) işlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, ç) yurtiçinde/yurtdışında aktarıldığı 3. kişileri bilme, d) eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme, e) kanunun 7. maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini / yok edilmesini isteme, f) aktarıldığı 3. kişilere yukarıda sayılan (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin bildirilmesini isteme, g) münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme, ğ) kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahiptir.

Sorularınızı web sitemizde yer alan iletişim formumuzu doldurarak ya da 0850 755 0 755 no'lu telefon numarasını arayarak bize yöneltebilirsiniz.

Yukarıda yapılan açıklamalar çerçevesinde, KVKK'ya uygun olarak MAPFRE SİĞORTA A.Ş. tarafından tarafıma ve aileme ait kişisel verilerimin toplanmasına, işlenmesine, güncellenmesine, periyodik olarak kontrol edilmesine, veri tabanında tutulmasına ve saklanmasına ve gerektirdiği takdirde ilgili kamu kurum ve kuruluşlarıyla ve Türkiye'de veya yurtdışında bulunan hizmet sağlayıcı firmalarla ve MAPFRE Grubu'yla paylaşılmasına ve kişisel verilerimin bunlar tarafından da tutulmasına ve saklanmasına muvafakat ediyorum. İşbu bilgilendirme yazısı, KVKK'nın 10. maddesi uyarınca aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirmek üzere hazırlanmıştır.

MÜŞTERİ

Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

İki 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- 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/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.
- Tarafların, sigorta genel şartlarına ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmamak ve sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şart kararlaştırabilme hakkı vardır.
- Acil Vakalar Sağlık Sigortası poliçesi, teminat kapsamı aşağıda belirtilmiştir.

ACİL VAKALAR

Acil durum nedeniyle cerrahi müdahale ve/veya yatış gerektiren durumlarda, ameliyatsız yatışlara ve/veya sigortalının yatmasını gerektirmeyen durumlarda poliçede yazılı limit ve katılım oranı dahilinde vaka başına ödenir. Sigortalının durumunun stabil hale gelmesi sonrasında devam eden ve/veya planlanan tedavi giderleri poliçe kapsamında değerlendirilmez.

Aşağıda listesi verilmiş olan hastalıklar, yine aşağıda belirtilen teminatlar kapsamında, Medikal İşlem Merkezi'nce onaylanan durumlar sertifikada belirtilen katılım oranında, MAPFRE SİGORTA A.Ş. tarafından belirlenen teminat limitleri esas alınarak ödenecektir.

Bu ürün kapsamında verilen teminatlar;

- a) Acil Cerrahi Yatış Teminatı b) Acil Dahili Yatış Teminatı c) Oda Yemek Teminatı d) Yoğun Bakım Teminatı e) Ambulans Teminatı

ACİL DURUM OLARAK NİTELENDİRİLEN HASTALIKLAR;

- Suda boğulma, trafik kazası, terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklanma, kavga vb. (kendisinin olayın hazırlayıcısı yada tarafı olmadığı, kazaen maruz kaldığı durumlarda geçerli), tecavüz, yüksekten düşme, ciddi iş kazaları, uzuv kopmaları, elektrik çarpması, donma, soğuk çarpması, ısı çarpması, ciddi yanıklar, ciddi göz yaralanmaları, zehirlenmeler, anafilaktik şok, omurga ve alt ekstremitte kırıkları, kalp krizi, hipertansiyon krizleri, akut solunum problemleri, şuur kaybına neden olan her türlü organik kusur, ani felçler, ciddi genel durum bozukluğu, yüksek ateş (39,5 üzeri), diyabetik ve üremik koma, genel durum bozukluğunun eşlik ettiği dializ hastalığı, akut batin, akut masif kanamalar, menenjit, ensefalit, beyin apsesi, renal kolik.

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 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 teklifin ve poliçenizin hazırlansını müteakip sertifikanızdan teminatlarınızı okuyup kontrol ediniz.

B- POLİÇE PRİM HESABI

Sigortalı adayının primleri; Sigortalının Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca sigortalı portföyünün sağlık risklerine, seçilen plan, teminat, yaş, cinsiyeti ile sağlık enflasyonu dikkate alınarak Şirket tarafından belirlenen ve tüm satış kanallarına duyurusu yapılan, tarife satış primleri üzerinden Sigortalı adayının primleri hesaplanır. Sigorta başlangıç tarihinden sonra aile kapsamına eş, çocuk eklenmesi durumunda Sigortalının ilgili talebi kabul etmeme hakkı saklı kalmak kaydıyla eklenecek sigortalı adayının primi yıllık poliçe primi üzerinden gün esasına göre hesaplanarak işlem alınır. Poliçe kapsamındaki Sigortalıların primleri ve vadeleri poliçe ön yüzünde; teminatları limit, katılım vb. plan bilgileri sertifika tablosunda belirtilir. Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır.

İNDİRİMLER VE EK PRİMLER

VADE İNDİRİMİ / EK PRİMİ

Peşin ödemeli olarak düzenlenmiş olup peşin indirim yoktur. Ancak geçerli olan vade ek primleri aşağıda belirtilmiştir.

Acil Vakalar Ürünü Vade Ek Prim Uygulamaları Tablosu

Ödeme Şekli	Uygulanacak Olan İndirim / Ekprim Oranı
3 eşit taksit	%4 ekprim
4 eşit taksit	%5 ekprim

AİLE İNDİRİMİ

Bireysel poliçelerde, poliçe dahilinde anne, baba ve çocuklardan oluşan kişi sayısının 2 veya daha üstü olması halinde %10 aile indirimi uygulanır, bu indirim oranı her poliçe dönemi için sigortacı tarafından belirlenip poliçe net primine uygulanır.

C- GENEL BİLGİ VE UYARILAR

- Sağlık Sigortaları 14 günlükten büyük bebekler ve 66 yaş altındaki kişileri teminat altına alır.
- Sigorta ettiren/Sigortalıların; sigortalanma telelerini Başvuru Formu 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 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 kadiracağı veya 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.

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

3. Sigortacı sigortalının sağlık rikini değerlendirebilmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık durumu ve/veya Risk Kabul Yönetmeliği doğrultusunda şirketin başvuru 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 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.
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 itibarıyla 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 hiçbir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur.
13. Sigorta Hakkında daha ayrıntılı bilgi için Lütfen Sigorta Özel ve Genel Şartlar Kitapçığı, Anlaşmalı Kurumlar Kitapçığı'nı dikkatlice okuyunuz. **Başvuru ve akdin müzakeresi sırasında da Sigorta Özel ve Genel Şartlar Kitapçığını 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 saat 12.00'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, **musterihizmetleri@mapfre.com.tr** adresine ya da **0212 334 90 08** no'lu faksımıza bildiriniz.

D- İSTİSNALAR

Teminat dışında olan haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Acil Vakalar Sağlık Sigortası Poliçesi Özel Şartlarında yer alan istisnalara bakınız.

E- 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 talimatlarında farklılık göstermektedir.
2. Anlaşmalı kurumlarımızın listesi size verilecek Anlaşmalı Kurumlar Kitapçığı'nda mevcuttur. Sürekli güncellenen Anlaşmalı Kurumlar bilgisi için www.mapfresigorta.com.tr adresimizi ziyaret edebilir ya da 0850 755 0 755 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri birimimize ve 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.

F- DİĞER BİLGİLER

Sigortacı Tahkim Sistemi'ne üyedir.

Sigorta Tahkim Komisyonu, sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler ve Sigorta Tahkim Sistemi'ne üye sigorta kuruluşları arasında, sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkların çözümü için, 5684 sayılı Kanun'un 30. maddesi çerçevesinde oluşturulmuştur.

G- 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 işgünü 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 departmanımıza ulaşabilirsiniz.

Ben aşağıdaki imza sahibi; 2 sayfadan oluşan bu başvuru ve bilgilendirme formunda belirtilen sigorta şartlarını kabul ederek doldurduğumu beyan ederim.

SİGORTA ETTİREN / SİGORTALI

Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih: