

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

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 yayınlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin 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 Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart Hükümlerine göre teminat altına alır.
2. Tarafların, sigorta genel şartlarına ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmaması ve sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şart kararlaştırılma hakkı vardır.
3. Sağlık sigortası poliçesi, ürünlere göre farklı teminatları içermekle birlikte, verilen tüm teminatlar aşağıda belirtilmektedir.

a. Ayakta Tedavi Teminatları

Doktor Muayene/Reçeteli İlaç

Tanı Amaçlı İncelemeler

İleri Tanı Amaçlı İncelemeler

Seanslı Ayakta Tedavi

b. Yatarak Tedavi Teminatları

Ameliyat/Yatış

Kemoterapi

Yoğun Bakım

Hastane Oda-Yemek-Refakatçi

Operatör Doktor Ücreti

Diyaliz

Radyoterapi

Küçük Müdahale

Yatış Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Acil Tanı

c. Diğer Teminatlar

Evde Bakım

Annelik

Suni Uzuv

Yurt Dışı Yatarak

Yurt Dışı Ayakta

Kontrol PSA/Mamografi

Check Up

Yardımcı Tıbbi Malzeme

Hava/Kara Ambulansı

Destek Ayakta Tedavi

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 dikkate 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 hazırlanmasını müteakip sertifikanızdan teminatlarınızı okuyup kontrol ediniz.

B- POLİÇE PRİM HESABI

Sigortacının Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca sağlık riski seçilen plan, teminatlar, Sigortalının yaşı ve cinsiyeti, sağlık enflasyonu ilgili yaşın portföydeki hasar/prim oranı dikkate alınarak şirket tarafından belirlenen ve tüm satış kanallarına duyurusu yapılan, tarife satış primleri üzerinden Sigortalı adayının primleri hesaplanır. Sigorta başlangıç tarihinden sonra aile kapsamında eş, çocuk eklemesi ya da Sigortalının plan değişikliği talebinde bulunması durumunda Sigortacının ilgili talebi kabul etmeme hakkı saklı kalmak kaydıyla talep tarihinde yürürlükte olan primler üzerinden işleme alınır. Sigortalıların primleri, indirimleri ve vadeleri poliçe ön yüzünde 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

MAPFRE SİGORTA A.Ş. aşağıda belirtilen şartlara uyan poliçelerde, belirlenmiş indirim ve ek prim oranlarını hesaplayarak sigorta poliçesini düzenler.

1- TAZMİNAT/PRİM İNDİRİM VE EK PRİMLERİ

a) Tazminatsızlık indirimi; tazminatsızlık indirimi hesabında poliçede yer alan her bir sigortalı için toplam ödenen tazminatın sigortalının gün esaslı toplam net primine oranı esas alınır. Uygulanacak indirim oranları poliçe özel şartlarında belirtilmiştir. Tazminatsızlık indiriminden yararlanan Sigortalının, tazminatsızlık indirimine hak kazandığı poliçe dönemi için daha sonradan tazminat alması halinde ise tazminatsızlık indirimi geçersiz kalır ya da oranı değişir ve uygulanmış bulunan indirim tutarı/fark primi zeyilname olarak prime ilave edilir.

b) Tazminat ek primi; tazminat ek primi hesabında poliçede yer alan her bir sigortalı için toplam ödenen tazminatın toplam net primine oranı esas alınır. Uygulanacak ek prim oranları poliçe özel şartlarında belirtilmiştir.

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

2- VEFA İNDİRİMİ

Vefa indirimi sigortalının kesintisiz devam eden poliçelerin yinelenmesinde, poliçe yıllarına göre değişen oranlarda sigortalı başına uygulanacaktır. Grup sağlık poliçesinden ferdî sağlık poliçesine geçişlerde vefa indirimi uygulanmamaktadır.

3- AİLE İNDİRİMİ

Bireysel sağlık poliçesinin, anne, baba ve çocuklardan oluşması ve poliçedeki kişi sayısının en az 2 veya daha fazla olması halinde aile indirimi uygulanır. Aile içerisinde farklı plan, ürün alınmış olsa bile aile indirimi uygulanır. Ancak, aileden herhangi birinin muafiyetli plan alması durumunda aile indirimi uygulanmamaktadır.

4- BÖLGE İNDİRİMİ

Bölge indirimi kişinin ikamet ettiği bölge bazında yapılmaktadır. Marmara Bölgesi dışı tüm iller için bölge indirimi uygulanmaktadır. Sadece yatarak A network tedavi planı alan sigortalılar için bölge indirimi uygulanmamaktadır.

5- İLK SİGORTA İNDİRİMİ

İlk kez bireysel sağlık sigorta poliçe kapsamına alınan ve bekleme süresine tabi sigortalılara ilk sigortalı indirimi uygulanır.

6- RİSK EK PRİMİ

Sigortalının Başvuru Formu'nda belirttiği beyana ve/veya tespit edilen belge, bilgilere istinaden yapılan değerlendirme doğrultusunda sigortalının riskine göre sigorta şirketi tarafından uygulanan ek primlerdir. Risk ek primi tüm teminatlar için ve/veya bazı teminatlar için uygulanabilir. Uygulanacak risk ek primi maksimum %200 olabilir. Risk analiz işlemleri sırasında istenilen risk ek primi için sigorta ettirene ve/veya sigortalı onayı alınması zorunludur.

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

C- GENEL BİLGİ VE UYARILAR

1. Sağlık sigortaları 14 günlükten büyük bebekler ve 60 yaş altındaki kişileri teminat altına alır.
2. Sigorta Ettiren/Sigortalıların; sigortalanma taleplerini Başvuru Formu'nu eksiksiz ve doğru doldurmak suretiyle yapmaları ve Başvuru Formlarının 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 kaldıracığı veya aleyhinize sonuç doğuracağını dikkate alarak lütfen sözleşmenin her aşamasında sigortacıya eksik ya da yanlış bilgi vermekten kaçınınız. Başvuru Formu'nda 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. Başvurunun reddi durumunda Başvuru ve Bilgilendirme Formu hükmünü kaybetmektedir.
4. 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 sigortalılarında 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. Devam eden poliçe dönemi içinde Sigortalının tespit edilmiş olan (eksik ve/veya yanlış beyan veya mevcut beyansızlık durumları dahil) sağlık problemine göre Sigortacı ikinci bir risk analizi yaparak tespit edilen duruma ilişkin yeni bir şartlı kabul (kapsam dışı, ek prim, limit, standart vb.) belirtebilir.
10. Sigortalının sağlık durumunu tespiti için sigortacı doktor muayenesi ve ek tetkikler talep ederse; bahse konu işlemlere ilişkin masraflar sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda sigortacı tarafından, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermemesi durumunda sigorta ettiren sigortalı tarafından karşılanır.
11. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi için lütfen poliçe klozu ile birlikte tarafınıza verilen CD içinde yer alan Sağlık Sigortası Özel ve Genel Şartlarını dikkatlice okuyunuz.
12. Sigortalının istisnaları, teminatları, limit, katılım oranı, plan bilgileri vb. sertifika üzerinden belirtilir.
13. 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.
14. Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz bir şekilde sigortacıya ulaşmasından itibaren azami 10 gün içinde sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.
15. Başvuru Formu'nda belirtilen iletişim bilgilerinin eksik ya da hatalı olması durumunda bilgilendirme yapılamayacağından sorumluluk sigorta şirketine ait değildir. Sistemimizde mevcut olan kimlik, adres, telefon vb. bilgilerinizin değişikliğinde size daha rahat ulaşabilmemiz için lütfen musterihizmetleri@mapfre.com.tr adresine ya da 0212 334 62 60 no'lu faksımıza bildiriniz.
16. www.mapfre.com.tr web adresimizden online işlemler başlığı altında yer alan Sigortalı Online sisteminden poliçenize ait tüm bilgileri öğrenebilirsiniz.

D- İSTİSNALAR

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

Standart İstisnalar Madde 5 / 7 detayı aşağıdadır. Bu konu ile ilgili Başvuru Formu'ndaki soruyu lütfen cevaplayın.

Amatör veya hobi amaçlı olsun olmasın tüm tehlikeli spor faaliyetleri ve/veya bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetlerden (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütcülük, parapant, delta kanatla uçuş, ata binme, kayak, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma vb.) doğan masraflar ile profesyonel ve / veya lisanslı her türlü spor faaliyetlerinden kaynaklanan masraflar 10.000 TL ile limitlidir. Bu faaliyetlerden sadece hobi amaçlı kayak, ulaşım amaçlı ve ehliyetli olması şartı ile motosiklet ve ATV kullanımı ile ilgili tüm masraflar risk gerçekleşmedikçe ek prim ile poliçe limit ve koasürans oranları dahilinde teminat kapsamına alınabilecektir.

E- STANDART BEKLEME SÜRELERİ

Sigortalının ilk kayıt tarihinden itibaren adli bir kaza sonucu oluşmayan ya da özel şartlar tanımlamalar bölümündeki acil durum tanımına uymayan durumların ilgili işlem/müdahalelerinde bekleme süreleri uygulanacaktır. Bekleme süresi poliçe özel şartları standart bekleme süreleri başlığı altında yer alan hastalık/teminatlar için tazminat ödemesi yapılmadığı süreleri ifade eder. Poliçenin MAPFRE SIGORTA A.Ş 'de kesintisiz yenilenmesi durumunda özel şartlarda belirtilen bekleme süreleri bir sonraki poliçe dönemi için yeniden uygulanmaz. Bekleme sürelerinin özellikleri ürüne göre farklılıklar gösterebilir. Lütfen poliçe özel şartlarındaki bekleme süreleri maddesini incelemeyi unutmayınız.

F- GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Kazanılmış haklar, özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması ve önceki poliçesinde sahip olduğu hakları kastetmektedir. Sigortalının, önceki poliçesinin özel şartlarında/teminatlarında yer alan ama yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda/teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir. Ancak, yeni dönem için geçerli özel şartlarda mevcut olan ama bir önceki dönem özel şartlarda yer almayan haklar sigortalı için de geçerli olacaktır.

Sigortacının başka bir şirketten geçiş olarak poliçe yenilemesini yaparken; var ise Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hükümleri saklı kalmak kaydı ile Sigortalıdan sağlık bildirim, ek tetkikler isteme, gerekli gördüğünde doktor muayenesi isteme, teminatlarda kısıtlama ve/veya şartlı kabullerde bulunma (limit, ek prim, katılım payı, bekleme süresi vb. uygulama) hakkı vardır.

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

Kazanılmış hakların verilebilmesi için, sigortalının ilk sigorta kayıt tarihi esas alınacaktır. Sigortalının ilk kayıt tarihinin korunması için sigorta bitiş tarihinden itibaren 30 gün içinde başvurması gerekmektedir.

Kişinin diğer sigorta şirketi/şirketlerindeki rahatsızlıklar ve/veya ilk sigortalanma tarihinden de önceye dayandığı tespit edilen rahatsızlıkları önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi Başvuru Formu'nda beyan edilmemiş ise kazanılmış hak kapsamına girmez. Bu rahatsızlıklar teminat haricidir.

G- ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Sigortalının kesintisiz MAPFRE SİGORTA A.Ş.'de, 3 yıl boyunca aynı teminatlarla sigortaya devam etmesi, 55 yaşından önce sigorta kapsamına alınmış olması ve son üç yıl hasar/prim ortalamasının %80'in altında olması şartıyla sağlık poliçesi sahibi olan sigortalılara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda medikal açıdan uygun olanlarına belirlenecek şartlar dahilinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilebilecektir.

Sigortacı "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" başvurusu yapan sigortalının sağlık riskini değerlendirmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık koşullarına göre yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacının başvurusu ret etme, şartlı kabuller (limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak kabul etme veya herhangi bir şart uygulamaksızın "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verme hakkı saklıdır.

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

Başka bir sigorta şirketinden MAPFRE SİGORTA A.Ş.'ye geçiş yapılacak poliçelerde yenileme garantisi olsun olmasın Sigortalılara risk analizi yapılacak, limit, katılım payı, istisna, ek prim vb. uygulamalar söz konusu olabilecektir.

Önceki şirketteki kazanılmış olan Yenileme Garantisi hakkı MAPFRE SİGORTA A.Ş. kriterlerine göre yeniden değerlendirilecek olup, yapılacak risk analizi çerçevesinde sigortalının yenileme garantisi hakkı Sigortacının mevcut özel şartları ile devam ettirilebilecektir.

"Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilmiş bir Sigortalı 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, tazminat/prim oranına göre ek prim uygulama hakkı bulunmamaktadır.

Bu dönemde Sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde Sigortacı mevcut "Ömür Boyu Yenileme Garantisi"ni yeniden değerlendirme hakkına sahiptir.

Sigortacının yenileme garantisi taahhüdünde bulunduğu Sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, poliçenin ömür boyu yenileme garantisi hakkını kazandığı tarihteki Özel Şartlara tabidir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olmayan sigortalılar için her poliçe döneminde yürürlükteki poliçe özel şartları geçerli olacaktır.

Ancak 23.04.2014 tarihinden önce ilk defa sigortalanmış, 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 ekprim, 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 içinde aynı şekilde uygulanacaktır.

H- İPTALLER

Sigorta Ettiren/Sigortalının poliçenin tanzim tarihinden sonra 30 gün içinde iptal talebinde bulunması halinde; rizikonun gerçekleşmediği durumlarda poliçe başlangıç tarihi itibarıyla iptal edilir ve ödenen primler kesintisiz sigortalıya iade edilir.

Sigortacının onayladığı ve 30 günü aşan taleplerde poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanır. İptal nedeniyle Sigortalı/Sigorta Ettirene iade edilecek tutar ödenen tazminat dikkate alınarak gün üzerinden hesaplanır.

Sigortalı'ya 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 aşıyor ancak Sigortacının 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.

Sigorta Ettiren, kesin vadeleri ve tutarları poliçe üzerinde belirtilen primlerinden herhangi birini vade bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim borcunun zamanında ödenmemesi durumunda Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesindeki hükümleri uygulanır.

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 alma ve/veya poliçeyi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir.

I- SİGORTA ETTİREN VEYA SİGORTALININ VEFAT DURUMU

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalının vefatı durumunda ise Sigortacı aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar.

Sigorta Ettirenin vefatı durumunda; Sigorta Ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olması ve sigortalıların sigorta ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacıya iletilmesi gereklidir. Bu durumda sigorta ettiren

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

değiştirilerek poliçeye devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Sigorta Ettirenin sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçede, Sigorta ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu poliçelerde, Sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki Sigorta Ettirene yapılır.

I- SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ

İşbu sigorta en çok 1 yıl süre ile geçerlidir. Ancak, sigorta bitiş tarihini takiben sigortalı/sigorta ettirenin talebi ile sigortacının belirleyeceği esaslar dahilinde yeni poliçe düzenlenebilir. Yenileme döneminde plan değişikliği talebinde bulunulması halinde, Sağlık Beyan Formu istenebilir.

Sigortacı, Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olmayan sigortalıların sigortalı olduğu dönem içerisindeki sağlık durumunu ve/veya hasar/prim oranını inceleyerek poliçe yenileme şartlarına karar verir.

Sigortacının yeni sözleşmede geçerli olacak bir önceki dönemde ve/veya süre gelen rahatsızlıkları için Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hükümleri saklı kalmak kaydı ile şartlı kabullerde bulunması durumunda poliçe yenilendiği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece bu şartlı kabuller geçerli olacaktır.

Sigorta Ettiren yenileme sırasında sigorta poliçesindeki Teminat Kapsamı'nı genişletmek ve/veya farklı teminat eklenmesi amacıyla Sigortacıya başvurabilir. Sigortacı bu değişiklik talebi ile ilgili olarak yeni Başvuru Formu isteme, başvuruyu reddetme, şartlı kabul etme (ek prim, limit, katılım vb.) hakkı saklıdır. Yeni eklenen teminatlar için bekleme süresi yeniden başlar. Ayrıca, poliçeler güncel olan prim, tarife ve özel şartlar ile yenilenir.

Sigortalı mevcut poliçenin bitiş tarihinden 30 gün önce veya 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. Kazanılmış hakları ve kazanmış olduğu Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı geçerli olmayacak, var olan hastalıkları için risk analizi yapılacaktır. Sigortalının hasar/prim oranından kaynaklanan vb. geçmiş poliçede kazanılmış indirimleri geçerli olmayacaktır.

Sigortacının yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan risklerinin teminat altına alınmaması, Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca şartlı kabuller ile (limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) teminat altına alınması ve yenileme haklarının geçerliliğinin kaldırılması hakları saklıdır.

Sigortalının yenileme sırasında Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6 ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1435. maddesinde düzenlenen beyan yükümlülüğüne uyması şarttır.

J- 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.

K- TAZMİNAT ÖDEMELERİNİN YAPILMASI

- Hak sahipleri, poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için, ilgili belgeleri sigortacıya vermekle yükümlüdür. Tazminat ödemelerinde istenen evraklar, poliçeden alınan teminatlara göre oluşacak tazminat taleplerinde farklılık göstermektedir. Anlaşmazlıklarında gerçekleşen tazminat başvurularınız için gereken bilgi ve belgelere ilişkin listeyi içeren Kullanım Rehberinizin poliçenin hazırlanmasını müteakip size ulaşan poliçe kiti içinde bulunduğundan emin olunuz.
- Anlaşmalı kurumlarımızın listesi tarafınıza verilen poliçe klozunda yer alan CD içinde yer almaktadır. Sürekli güncellenen anlaşmalı kurumlar bilgisi için sağlık kuruluşuna başvurmadan önce www.mapfre.com.tr web adresimizi ziyaret edebilir ya da 0 850 755 0 755 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri Merkezimize ulaşabilirsiniz.
- Tazminat ödemeleri poliçe özel ve genel şartları varsa ek protokol ve sertifikanızın teminat limitleri dahilinde değerlendirilecektir.
- Anlaşmalı kurumlarımızda gerçekleşen tazminat talepleri için size verilen tanıtım kartınız veya T.C. Kimlik Numaranız ile kuruma başvurmanız yeterlidir.
- Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme yükümlülüğü sigorta şirketine aittir.

L- DİĞER BİLGİLER

Sigortacı Tahkim Sistemi'ne üye değildir.

M- ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

- 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.
- Poliçenizin veya ret mektubunuzun başvuru tarihinden itibaren 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması durumunda 0 850 755 0 755 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri Merkezimize ulaşabilirsiniz.