

SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME ve AYDINLANMA FORMU

Bu form T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından öngörülen örnek forma dayanarak hazırlanmış olup, genel bilgilendirmeyi içermektedir. Bu nedenle satın aldığınız ürüne ilişkin Özel ve Genel Şartları lütfen dikkatlice okuyunuz.

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. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

1.Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;

Ticaret Ünvanı :

Adresi :

Tel&Faks no. :

2.Teminatı veren sigortacının;

Ticaret Ünvanı : GÜNEŞ SİGORTA A.Ş.

Adresi : Büyükdere Cad. No:110 Esentepe ŞİŞLİ/İSTANBUL

Tel&Faks no (212)3556565 - (212)3556464

B. UYARILAR

1.Sigorta hakkında daha detaylı bilgi almak için, talep halinde sigortacı tarafından verilecek Sağlık Sigortaları Genel Şartlarını, Poliçe Özel Şartları ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesini dikkatlice inceleyiniz.

2.Sigorta Sözleşmesi için sigorta ettiren/sigortalı adayı tarafından doldurulan başvuru formunun eksiksiz ve doğru cevaplandırılarak ıslak imzalı olması gerekmektedir. Gerek sigorta ettirenin gerekse sigortalı adayının kendisince bilinen ve sigortacının bilmesi gereken hususları sigortacıya bildirmekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğün ihlali halinde sigortacı sözleşmeden cayabilir ya da istisna, limit, ek prim almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutabilir. Bu nedenle sigorta şirketine sözleşmenin her aşamasında Sağlık Sigortası Genel Şartları 6. Maddesi gereği eksik veya yanlış bilgi verilmemelidir.

3.Türk Ticaret Kanunu Madde 1431 gereği; poliçe primi ödenmediği sürece sigortacının sorumluluğu başlamaz. Türk Ticaret Kanunu madde 1434 gereği; poliçe peşinatının ödenmemesi halinde sigortacı sigorta sözleşmesini feshedecektir. Taksitlerden birinin vadesinde ödenmemesi halinde ise sigorta ettiren ; sigortacı tarafından yapılan bildirim tarihi itibarıyla en geç 10 gün içinde prim borcunu ödemekle yükümlüdür. Aksi takdirde poliçe feshedilecektir ve poliçe iptal tarihinden sonra talep edilen tazminatlar karşılanmayacaktır.

4. Sözleşmenin yapılmasından sonra, rizikoya etki edebilecek hususlar değiştiği takdirde sekiz gün içinde durumun Sağlık Sigortası Genel Şartları 7. Maddesi gereği sigorta şirketine bildirilmesi gerekir.

5.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.

6. Diğer sigorta şirketi geçiş koşulları bireysel sağlık sigortası özel şartları madde 12'de belirtilmiştir.

C. GENEL BİLGİLER

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. Standart poliçe primi; yaş, cinsiyet, alınan teminatlar, teminat limitleri, teminat ödeme yüzdesi, coğrafi sınır, tercih edilen sağlık kurumları, sağlık enflasyonu ve şirketin sağlık portföyünün Tazminat/Prim oranına göre belirlenir. Yenileme dönemlerinde biten poliçenin Tazminat/Prim oranına göre ilgili ürünün özel şartlarında belirtilen tazminatsızlık indirimi uygulanır. Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmamış sigortalılar için yenileme dönemlerinde risk değerlendirmesi yapılarak hastalık ek primi, muafiyet, ve/veya limit uygulanabilir.
3. Sigortacı sigortalının sağlık riskini değerlendirebilmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık durumu ve/veya Risk Kabul yönetmeliği doğrultusunda şirketin başvuru reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır.
4. 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.
5. Şirketinizle yapılacak olan sağlık sigortası sözleşmesi kapsamında sigortalı/sigorta ettiren sıfatı ile, sağlık sigortası teklifi sunulabilmesi, sağlık riski değerlendirmesi yapılabilmesi, sigorta poliçesi kapsamındaki yükümlülüklerin yerine getirilebilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla kişisel sağlık verilerimin, sigortalılık kayıtlarımın ve sağlık durumum ile ilgili bilgi ve kayıt kopyalarının Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığında, sağlık kurum ve kuruluşlarından, mevcut ve/veya diğer sağlık sigortası şirketlerinden, hekimlerden ve/veya ilgili mevzuat ile belirlenen tüm kamu ve özel kurum ve kuruluşlardan ve üçüncü şahıslardan edinilmesine, toplanmasına, işlenmesine, güncellenmesine, periyodik olarak kontrol edilmesine, veri tabanında tutulmasına, işlenmesine ve saklanmasına; gerektiği takdirde ilgili kamu kurum ve kuruluşlarıyla, sözleşmenin mahiyeti gereği 3. kişi ve kuruluşlarla, Türkiye'de veya yurtdışında mukim olan hizmet sağlayıcı firmalar ile paylaşılmasına ve kişisel verilerimin bunlar tarafından da tutulması, saklanması ve işlenmesine rıza veriyorum.
6. Tarafların, sigorta genel şartlarına ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmamak ve sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şart kararlaştırabilme hakkı vardır.
7. Sistemimizde mevcut olan kimlik, adres telefon vb. bilgilerinizin değişikliğinde size daha rahat ulaşabilmemiz için lütfen musteri.iliskileri@gunessigorta.com.tr adresine ya da (0212) 355 6464 nolu faksımıza bildiriniz.
8. Sağlık sigortası özel ve genel şartlarına www.gunessigorta.com.tr adresinden ulaşılabilir.

D. İSTİSNALAR

Teminat dışında olan haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Sağlık Sigortası Poliçe 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, poliçede alınan teminatlara göre oluşacak tazminat taleplerinde farklılık göstermektedir. Anlaşmalı / Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen tazminat başvurunuz için gereken bilgi ve belgelerin poliçe dosyanızda bulunduğundan emin olunuz.
2. Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesine www.gunessigorta.com.tr adresinden veya 0 850 222 19 57 nolu telefondan ulaşabilirsiniz.
3. Tazminat ödemeleri alınan ürünün Özel şartları, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve poliçede belirtilen teminat limitleri dahilinde değerlendirilir.
4. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme yükümlülüğü sigorta şirketine aittir.
5. Anlaşmalı veya anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık giderlerinin değerlendirilme ve ödeme koşulları özel şartların Tazminat Ödeme maddesinin yer almaktadır.

F. 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 Kanununun 30. maddesi çerçevesinde oluşturulmuştur.

G. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

1.Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir..

2. Sigortalı, sigorta ile ilgili her türlü bilgilendirme ve iletişimin poliçe düzenlenirken beyan ettiği iletişim bilgileri üzerinden (SMS gönderimi dahil) yapılmasını kabul etmiştir.

3.Poliçenizin veya ret mektubunuzun başvuru tarihinden itibaren 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması durumunda 0 850 222 19 57 telefon numarasından Müşteri Hizmetleri departmanımıza ulaşabilirsiniz.

Bu Teklif ve Bilgilendirme Formu'nda belirtilen sigorta şartlarını kabul ederek doldurduğumu beyan ederim.

Tarih	Sigorta Ettiren/ Sigortalının Adı Soyadı / İmzası	Sigorta Ettiren/ Sigortalının Eşinin Adı Soyadı / İmzası	Sigorta Ettiren/ Sigortalının Çocuğunun Adı Soyadı / İmzası