

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 Anlaşmalı kurumlarımız ile ilgili daha detaylı bilgiye satış kanalınız aracılığı ile veya [www.bupaacibadem.com.tr](http://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](http://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 ve/veya Sigortalı'nın, poliçe başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak cayma talebinde bulunması halinde, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması durumunda, ödenen primler kesintisiz olarak Sigorta Ettiren'e iade edilir.
- Poliçenin başlangıç tarihinden itibaren 30 günlük sürenin dolmasından sonra ve/veya talep tarihine kadar herhangi bir tazminat ödemesinin yapılmış olması halinde; poliçenin iptalinin talep edilmesi durumunda iade edilecek prim tutarı, gün esaslı prim hesaplanarak belirlenir [(Toplam prim)/365\*(sigortalı kalınan süre)]. Ödenmiş tazminat tutarı, tazminat prim oranının %65'inden fazla ise prim iadesi yapılmaz.
- Bu ürün ile verilen Yenileme Güvencesi, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nin 7. maddesi ile düzenlenmiş olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkından farklı taahhütleri içermektedir. Sigortacı tarafından verilen Yenileme Güvencesi'nin kapsamına ilişkin detaylı düzenlemeyi, Sigortacı tarafından hazırlanmış olan ürüne ilişkin Poliçe Özel Şartları'nda bulabilirsiniz.
- Sözleşmenin kurulması sırasında veya Sigortacı'nın talep ettiği diğer durumlarda, Başvuru ve Beyan Formu'nda yer alan sorulara tam ve doğru olarak cevap veriniz. Başvuru ve Beyan Formu'nda bulunmasa dahi poliçe şartlarını etkileyebilecek hususlarda bilgi verme yükümlülüğünüz bulunmaktadır. Sigorta süresince ve riskin gerçekleşmesi durumunda Sigortacı'ya eksik veya yanlış bilgi vermektan kaçınınız. Aksi takdirde, Sigortacı'nın Sağlık Sigortası Genel Şartları ilgili maddeleri gereğince poliçenin iptali ve/veya ilgili hastalıklar için ek şart (ek prim, muafiyet, limit, bekleme süresi vb.) uygulama hakkı saklıdır. Sigortalı'nın şirkete sağlık geçmişi bilgilerine erişim yetkisi vermediği durumlarda, sözleşme Sigorta Ettiren'in, Sigortalı'nın ve temsilci aracılığıyla sigorta yapıyorsa Temsilci'nin beyanı ve varsa şirketin yazılı sorularına verilen cevaplara dayanılarak yapılır. Sigorta Ettiren, Sigortalı ve varsa Temsilci, kendisine sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermek, kendisince bilinen ve şirketin sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek bütün halleri bildirmekle yükümlüdür. Şirket, ihtiyaç görmesi halinde, Sigortalı'nın sağlık

durumunun tespiti için hekim görüşünün alınmasını isteyebilir. Bahse konu işleme ilişkin masraflar Sigorta Ettiren ve Sigortalı tarafından karşılanır.

### C. GENEL BİLGİLER

#### 1. TEMİNATLAR

Bu sigortayla aşağıdaki teminatlar sağlanmaktadır. Kapsam altına alınan teminatlar, teminat tutarları Poliçenin ve ekinde yer alan Teminat Tablosu'nda belirtilmiş olup, söz konusu teminatlar için Poliçe ekinde yer alan özel şartlardaki hükümler uygulanacaktır.

#### I. SAĞLIK SİGORTASI TEMİNATLARI

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 poliçe ekindeki Teminat Tablosu'nda belirtilen limit ve katılım payı oranında tazmin etmeye yöneliktir.

##### YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

Sigortalı Aday No  Limitsiz

##### AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Sigortalı Aday No  İstiyorum  İstemiyorum  
 2.500 TL

##### MEDİKAL HİZMET AĞI

Sigortalı Aday No  A5

#### 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 baz primleri belirleyebilir.

Türk Ticaret Kanunu, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Poliçe Özel Şartları'nda belirtilen Teminat Dışı Haller (Standart İstisnalar ve Bekleme Süreleri) maddesinde belirtilen durumlar için ödeme yapılmaz.

#### 3. PRİM

##### TARİFE PRİMİ

Bilimsel kabul görmüş ya da şirketin tecrübe edilen aktüeryal metodolojileri baz alınarak geçmişin, bugünün ve geleceğin frekans, şiddet ve benzeri etkileri gözetilerek hesaplanan baz primdir.

##### POLİÇE PRİMİ

Tarife primleri baz alınarak, "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış ek prim ve/veya indirimlerin (dönemsel indirimler hariç) uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen primi ifade eder.

##### ÖDENECEK POLİÇE PRİMİ

Poliçe primleri baz alınarak, "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış tüm dönemsel indirimlerin uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen ödenecek primi ifade eder.

#### 4. AZAMI İYİ NİYET PRENSİBİ

Sigortacı bu sigorta sözleşmesini ve sözleşme şartlarını Sigorta Ettiren'in beyanına dayalı olarak oluşturmaktadır. Bu nedenle Sigorta Ettiren, Başvuru ve Beyan Formu ile bunu tamamlayıcı belgelerde doğru bilgi vermek/beyanda bulunmak ve sigorta sözleşmesinin konusunu teşkil eden sigorta sözleşmesi talebinin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları beyan etmekte yükümlüdür.

Sonuç olarak azami iyi niyet; sorulmuş olsa da olmasa da Sigorta Ettiren'in sigorta sözleşmesinden yararlanacak tüm Sigortalıların, geçmiş ve mevcut hastalıkları ve sağlık durumu ile ilgili tüm bilgileri tam ve yanılmaya mahal vermeyecek şekilde, gönüllü olarak Sigortacı'ya bildirmesidir.

#### D. RİSK KABUL VE PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

1. Sigortacı, sigorta sözleşmesinin kurulması aşamasında Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren'in ilk başvurusunda Sağlık Beyan ve Başvuru Formu'nda beyan ettiği tüm bilgileri, yeniden sözleşme yapılması aşamasında ise Sigortalı'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. İlgili başvurunuzun değerlendirme sonucu hakkında satış kanalınız aracılığı ile bilgi alabilirsiniz.

2. Yeni doğan bebeğinize ait başvuruyu, bebeğinizin doğum tarihinden 14 gün sonra yapabilirsiniz. Bebeğiniz, Sigortacının yapacağı değerlendirme sonucuna göre poliçeye dahil edilebilecektir. Poliçeye eklenecek kişilerin (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) primleri, yıllık prim üzerinden gün esasına göre hesaplanacaktır. Eğer anne veya baba olarak Bupa Acıbadem Sigorta bünyesinde en az bir yıl süreyle kurumsal veya bireysel sağlık poliçesine sahipseniz yeni doğan bebeğinize ait başvuruyu, bebeğinizin doğum tarihinden itibaren 30 gün içinde yapmanız ve bebeğinize ait poliçe priminin ödenerek poliçesinin aktif edilmesi şartı ile "Bupa Bebeği" hakkı verilir. Sigortacı tarafından verilen "Bupa Bebeği" hakkına yönelik detaylar ve sağlanacak avantajları, Poliçe ekinde yer alan Poliçe Özel Şartları'nda bulabilirsiniz.
3. Sigortacı'da sona eren sözleşmenin yenileme dönemi sırasında;
  - Poliçedeki her bir sigortalı için son yılın Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirmesi sonucu yeni yıl primlerinde aşağıda belirlenen koşul ve oranlarda indirim ve/veya ek prim uygulanabilir.
  - Check-up teminatı ve 40 yaş üstü kadınlarda Mammografi ve erkeklerde PSA için ödenen tazminatlar, Ödenen Tazminat / Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının hesaplanmasında dikkate alınmaz.
  - Poliçeye ara dönemde girişi yapılan 0-1 (bir) yaş aralığındaki çocukların ilk poliçe yenilemesinde, Ödenen Tazminat/ Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yenilenecek poliçe primlerinde aşağıda belirlenen koşul ve oranlarda indirim ve/veya ek prim uygulaması yapılmayacaktır.

T/P ORANI	İNDİRİM/EK PRİM ORANI	T/P ORANI	İNDİRİM/EK PRİM ORANI
0	% 25 indirim	110 ≤ 120	%10 ek prim
0 ≤ 15	% 20 indirim	120 ≤ 140	%15 ek prim
15 < 40	% 15 indirim	140 ≤ 160	%20 ek prim
40 ≤ 50	% 5 indirim	160 ≤ 180	%25 ek prim
50 ≤ 100	%0 indirim	180 ≤ 200	%30 ek prim
100 < 110	% 5 ek prim	200 <	%50 ek prim

Sadece Yatarak Tedavi Teminatı içeren poliçeler için;

- Birinci yılın sonunda T/P Oranı 0% ise, %10
- İkinci ve üstü yıllarda T/P oranı 0% ise, %20 indirim uygulanır

4. Yenileme Güvencesi, Sigortalı'nın, Sigortacı'da 56 yaşından önce sigortaya ilk giriş yaptığı, kesintisiz üç yıl sigortalı kaldığı, ve bu süre içinde "Azami iyi Niyet Prensibi" ilkesine uygun davranıldığı durumlarda, Risk Kabul Birimi tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre verilebilir. Ancak, Sigortacı'nın değerlendirme sonucuna göre Sigortalı'ya Yenileme Güvencesi vermeme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) verme hakkı saklıdır. "Yenileme Güvencesi" altında verilen Sigortacı'nın taahhüdü; T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından Resmi Gazete'de yayımlanan 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği md. 7 de yer alan "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" adı altında düzenlenen taahhüt şartlarından farklı bir içeriğe sahip bir taahhüttür. Sigortacı tarafından verilen Yenileme Güvencesi kapsamını, Poliçe ekinde yer alan Poliçe Özel Şartları'nda bulabilirsiniz.

#### E. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

1. Anlaşmalı Kuruma başvurulması ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) güvencesi kullanılması halinde, 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 ya da anlaşmalı kuruma başvurulsa dahi SGK güvencesi kullanıl(a)maması 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. Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe Özel Şartları kapsamında olan tazminat talepleri, Poliçe ekinde yer alan Teminat Tablosu'nda belirtilen limit, muafiyet, katılım payı 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 senCard Hizmet Merkezi'ne başvuruda bulununuz.
4. Yatarak teminat kapsamında, teminat altına alınan sağlık giderleri için, sağlık kurumlarında yatış süresi, yaşam boyu 720 gün, 1 (bir) yıllık sigorta süresi içinde 180 gündür. Normal oda yatışları 1 (bir) gün, yoğun bakım yatışı ise 2 (iki) gün üzerinden hesaplanarak, toplam sağlık kurumunda yatış süresinden düşülür. Sigorta süresi içinde 180 gün ve yaşam boyu 720 gün limitinin üzerindeki sağlık kurumunda yatışlarla ilgili yatarak tedavi teminatı kapsamında değerlendirilen tüm giderler kapsam dışıdır.

**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 verilecektir.

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

**İLETİŞİM BİLGİLERİ**

ADRES	<b>Sencard Hizmet Merkezi</b> 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"/>