

BİREYSEL SAĞLIK BAŞVURU FORMU

Acente/Broker Ünvanı	Acente/Broker Kod	Police Başlangıç Tarihi	Police Bitiş Tarihi	Teklif No	Son Police No:	Yeni İş	Yenileme
----------------------	-------------------	-------------------------	---------------------	-----------	----------------	---------	----------

Lütfen bu başvuru formunu siyah ve mavi mürekkepli kalem kullanarak BÜYÜK HARFLERLE doldurunuz. Yapılan değişiklik veya silintilerde sigorta ettirenin parafını alınız.

SİGORTE ETTİREN BİLGİLERİ

Adı Soyadı /Ünvanı	T.C. Kimlik No / Yabancı Kimlik No
Adres (Resmi Yazışma Adresi_ Posta Kodu belirtilmelidir)	Vergi No
Ev İş	Uyruk
	GSM No
	Telefon No

ÜRÜN/PLAN BİLGİLERİ

PLANLAR	PLANLAR/ AMERİKAN HAST.HARİÇ Mİ?	DİĞER
OKYANUS AVANTAJ	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
OKYANUS EKSTRA		
OKYANUS LİMİTLİ		
OKYANUS LİMİTSİZ		

SİGORTALI ADAYLARINA AİT BİLGİLER

	KENDİSİ	EŞİ	ÇOCUK	ÇOCUK	ÇOCUK	ÇOCUK	ÇOCUK
Adı							
Soyadı							
T.C. Kimlik No							
Yabancı Kimlik No / Vergi Kimlik No (Yabancı Uyruklular için)							
Doğum Tarihi							
Cinsiyet							
Medeni Durum							
Boy							
Kilo							
Meslek							
Yaşadığı Ülke							
GSM No *							
e-mail*							

*BİLGİLENDİRME YÖNETMELİĞİ gereği her bir sigorta için (18 yaş üzeri) kendisine ait E-MAIL ve TELEFON (GSM) bilgisinin doldurulması zorunludur.

TAZMİNAT ÖDEMELERİ İÇİN BANKA HESAP BİLGİLERİ (Sigortalıya ait olması zorunludur.(18 yaş üzeri çocuklar dahil))

	Hesap Sahibi Adı_Soyadı	T.C. Kimlik No	İban No
Kendisi			TR
Eşi			TR
Çocuk (18 yaş üzeri)			TR
Çocuk (18 yaş üzeri)			TR
Çocuk (18 yaş üzeri)			TR
Çocuk (18 yaş üzeri)			TR
Çocuk (18 yaş üzeri)			TR

ÖDEME ŞEKLİ / PRİM ÖDEME PLANI

Peşin %25 Peşin % 5 Taksit % 20 Peşin 7 Taksit 6 Eşit Taksit 7 Eşit Taksit 9 Taksit Blokeli

DİĞER SİGORTA ŞİRKETİ BİLGİLERİ

Başka bir şirket veya Türkiye Sigorta 'da önce ya da halen yürürlükte olan sağlık sigortanız var mı? (EVET veya HAYIR işareti koyulmadığı durumda bu sorunun cevabı HAYIR olarak kabul edilecektir.)

Yanıtınız 'Evet' ise sigorta şirketi bilgileri ve poliçe no:

HAYIR	
EVET	

SATIŞ KAYNAĞI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

	KENDİSİ	EŞİ	ÇOCUK	ÇOCUK	ÇOCUK	ÇOCUK	ÇOCUK
Tarife Primi(TL)							
Ek Prim(%)							
Tazminatlılık İndirimi (%)							
Sigortalı prim Tutarı (TL)							
Toplam Poliçe PRİMİ (TL)							

SAĞLIK DURUMUNUZ:

Bugüne kadar tanı konulmamış olsa dahi aşağıdaki hastalıklardan ya da semptomlardan herhangi biri ile ilgili olarak tetkik/televi/ameliyat/ameliyatsız tedavi gördünüz mü? Aşağıdaki hastalıklar ile ilgili vücudunuzda herhangi bir belirti/bozukluk/ağrı hissetiyorsanız veya hissediyorsanız lütfen yanıtlar bölümüne soru numarasını ve sigortalının adı, soyadı belirtilerek son durumunuzla ilgili açıklama yapınız.

1. Hipertansiyon / Hiperlipidemi	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	21. Psikiyatrik Hastalıklar	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
2. Kalp ve Damar Hast./ Kalp Kapak Hastalıkları vb.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	22. Sırt / Bel / Boyun / Diz / Omuz / Omurga Rahatsızlığı	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
3. Romatizmal Hast./ Romatizmal Kalp Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	23. Kırma Kusuru / Glokom / Diğer Göz Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
4. Varis ve Periferik Damar Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	24. Kan ve Kemik İliği Hastalıkları (Anemi/Talasemi vb.)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
5. Şeker Hastalığı	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	25. Cilt Hastalığı / Alerjik Hastalıklar / Sedef / Gut /	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
6. Tiroid Bezi ve Paratiroid Bezi Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	26. Rahim / Yumurtalık / Diğer Jinekolojik Hastalıklar	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
7. Hipofiz Bezi ve Diğer Hormonal Rahatsızlıklar	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	27. Hemoroid/ Anal Fissür -Fistül	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
8. Fitik,Tümör,Lipom,Nodül,Polip vb.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	28. Meme Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
9. Kanser	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	29. Felç / Sara / Parkinson / Alzheimer	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
10. Doğumsal, Kalıtsal Hastalık veya Deformite/ Zeka Bozuklukları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	30. Sinir Sistemi Hastalıkları/Multiple Skleroz	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
11. Organ Yetmezliği (Böbrek/Kalp/Karaciğer/Kemik İliği vb.)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	31. İştme Azlığı ve Kaybı /KBB Hastalıkları/ Vertigo/Migren	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
12. Böbrek Hastalıkları (Taş düşürme,Nefrit vb)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	32. Bademcik/ Genizeti/ Sinüzit / Uyku Apnesi	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
13. Prostat / Mesane / Üriner Sistem Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	33. Septum Deviasyon/Konka Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
14. Akciğer/Solunum Yolu Hastalıkları (Astım/Verem/KOAH/Pnömotoraks vb.)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	34. Ameliyat / Biopsi / Hastane yatışı oldu mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
15. Sindirim Sistemleri Hastalıkları (Ülser/Gastrit/Reflü/Mide Fıtığı/Bağırsak vb.)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	35. Herhangi bir nedenle tetkik yaptırdınız mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
16. Hepatit/AIDS/Diğer Enfeksiyon Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	36. Sürekli bir ilaç kullanıyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
17. Karaciğer / Pankreas / Dalak	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	37. Hamile misiniz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
18. Safra Kesesi Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	38. Askerlik yaptınız mı? (Cevabınız "Hayır" ise nedenini açıklayınız)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
(Cevabını 'vet' ise, son bir yıl içerisinde ameliyat geçirdiniz mi?)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>		
19. Eklem / Kas / Bağ Dokusu / Kemik Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>		
20. Varikosel	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>		
(Cevabınız 'Evet' ise, son bir yıl içerisinde ameliyat geçirdiniz mi?)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>		

Yukarıda verdiğiniz Evet yanıtlarınız için, lütfen yanıtlar bölümüne soru numarasını ve sigortalının adı, soyadı belirtilerek, tetkik/görülen rahatsızlık ile ilgili tam, yıl ve tetkik/televi görülen doktor/hastane ve son durumunuzla ilgili açıklama yapınız. Evet olarak yanıtladığınız sorularla ilgili elinizde bulunan doktor, ameliyat epikriz raporlarını, test, patoloji sonuçlarının kopyasını lütfen başvuru formuna ekleyiniz.

YANITLAR

Yanıtlarınızla ilgili ayrıntıları lütfen aşağıda belirtiniz.

TETKİK, TEDAVİ YILI, TEDAVİ ŞEKLİ, TEDAVİ EDEN DOKTOR, HASTANE ADINI, SON DURUMUNUZU AYRINTILI OLARAK YAZINIZ

Soru No	Sigortalı No / Adı Soyadı	Hastalık Adı/Semptom	Uygulanan Tedavi Süresi ve Yılı	Doktor ve Hastane İsmi	Son Durum Ve Tedavi İle İlgili Açıklama(Tamamen düzeldi, devam ediyor, ameliyat, ilaç, ileri tetkik önerildi)

ŞİRKET KULLANIMI İÇİN / ŞİRKET RİSK DEĞERLENDİRME KARARI**SAĞLIK BEYANI BİLDİRİM VE YETKİLENDİRME**

- Bu başvuru formu ve ekli belgelerinde kendim ve bu formda belirtilen sigortalıma istediğim aile bireylerim hakkında verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu, Türkiye Sigorta'nın bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi ve bu formdaki sorulardan EVET veya HAYIR olarak işaret koymadığım soruların bulunması durumunda bu sorunun cevabının HAYIR olarak anlaşılması gerektiğini kabul, beyan ve taahhüt ederim.
- 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.
- Poliçenin düzenlenmesi halinde poliçe özel ve genel şartlarını okuyarak itirazım varsa tazminat talebinde bulunmadan önce ve her halükarda poliçenin başlangıç tarihinden en geç 30 gün içinde bu itirazı Türkiye Sigorta'ya yapmadığım takdirde poliçenin tüm Özel ve Genel Şartlarını kabul ettiğimi beyan ederim.
- Bu başvuru formunun ayrılmaz bir parçası olan Bilgilendirme ve Aydınlanma Formunu okudum, anladım, kabul ediyorum.
- Türkiye Sigorta tarafından yapılacak her türlü bilgilendirmenin SMS/e-posta ile gönderilmesinin kabul ediyorum.
- Bu başvuru formunun Türkiye Sigorta tarafından teslim alınmasının, Türkiye Sigorta için sigorta sözleşmesi yapmak anlamında bir kabul veya taahhüt olmadığını, başvuru formunu/teklifnameyi doldurduğum tarih itibarıyla en geç 5 gün içerisinde Türkiye Sigorta'ya teslim edilmesi gerektiğini, bu sürenin aşılması durumunda başvurumun reddedileceğini biliyor ve kabul ediyorum.
- Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK) tarafından ödenmesi gereken her türlü sağlık harcamasına ait ücretleri Türkiye Sigorta'ya gayri kabili rücu, devir ve temlik ettiğimi kabul ve beyan ederim.
- Türkiye Sigorta'nın bu başvuru formunu poliçeleştirmeden önce, kendim ve bu başvuru formunda yer alan kişilerin sağlık durumu ile ilgili, masrafları başvuru sahibi tarafından karşılanmak üzere ek bilgi ve tetkik isteyebileceğini;
 kabul ediyorum kabul etmiyorum
(8. maddeyi kabul etmediğime dair işaret koymadığım durumda bu sorunun cevabının kabul ediyorum olarak anlaşılması gerektiğini kabul, beyan ve taahhüt ederim.)

ÖDEME BİLGİLERİ YETKİLENDİRME

- Sigorta ettiren olarak yazılı talimat ile aksini bildirmedim takdirde, bu ve bundan sonraki poliçelerin yenilemesi ve hesaplanacak primlerinin aynı ödeme koşullarıyla, bildirmiş olduğum kredi kartımdan tahsil edilmesini için Türkiye Sigorta'ya yetkili kılıyorum.
- Yukarıda vermiş olduğum tüm bilgilerin tam ve doğru olduğunu ve bu bilgiler doğrultusunda sigorta primlerimin ikinci bir talimata kadar kredi kartımdan tahsil edilmesini, tahsil edilememesi halinde, poliçemin Türk Ticaret Kanunu ve Sağlık Sigortası Genel Şartları gereği feshedileceğini kabul ederim.

BEYAN TARİHİ	Sigortalının Adı_Soyadı/İmza	Sigortalı Eşi Adı_Soyadı/İmza	Sigortalı Çocuğunun Adı_Soyadı/ İmza (18 yaş üzeri)	Sigortalı Çocuğunun Adı_Soyadı/ İmza (18 yaş üzeri)	Sigortalı Çocuğunun Adı_Soyadı/ İmza (18 yaş üzeri)

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME VE AYDINLANMA FORMU

Bu form T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü 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 İlişkin 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 :

Adresi :

Tel&Faks no:

TÜRKİYE SİGORTA

Güneş Plaza, Büyükdere Cad. No: 110 34394 Esentepe - Şişli / İSTANBUL

(212) 355 65 65 - (212) 355 64 64

B. UYARILAR

- 1.Sigorta hakkında daha detaylı bilgi almak için, talep halinde sigortacı tarafından verilecek Sağlık Sigortalıları Genel Şartlarını, Poliçe Özel Şartları ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesini dikkatlice inceleyiniz.
- 2.Sigorta Sözleşmesi için sigorta ettiren/sigortalı aday tarafından doldurulmuş 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 ilgili maddede de belirtilmiştir.

C. GENEL BİLGİLER

- 1.Sigortalı/Sigortalıların poliçede/zevilnamede, belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masraflarını, poliçe/zevilnameye 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 Bakanlığından, 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 bulunmaması 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 bilgi@turkiyesigorta.com.tr adresine ya da (0212) 355 64 64 nolu faksımıza bildiriniz.
8. Sağlık sigortası özel ve genel şartlarına www.turkiyesigorta.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.turkiyesigorta.com.tr adresinden veya 0850 202 20 20 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 çözümünü 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 0850 202 20 20 telefon numarasından Müşteri Hizmetleri departmanımıza ulaşabilirsiniz.
- Bu Teklif ve Bilgilendirme Formu'nda belirtilen sigorta şartlarını kabul ederek doldurduğumu beyan ederim.

BEYAN TARİHİ	Sigortalının Adı_Soyadı/İmza	Sigortalı Eşi Adı_Soyadı/İmza	Sigortalı Çocuğunun Adı_Soyadı/ İmza (18 yaş üzeri)	Sigortalı Çocuğunun Adı_Soyadı/ İmza (18 yaş üzeri)	Sigortalı Çocuğunun Adı_Soyadı/ İmza (18 yaş üzeri)