

TAM KATILIM BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, sigorta sözleşmesine taraf olmak isteyen ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, yapılacak sigorta sözleşmesine ilişkin genel amaçlı bilgi vermek amacıyla 14.02.2020 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanan Sigorta Sözleşmeleri’nde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

İşbu form, taraflarca imza edilmiş olsa bile, taraflar arasında ayrıca bir teklife konu edilmiş ve /veya sigorta sözleşmesi ile sonlanmış olmadıkça, tek başına hiçbir şekilde bir teklif veya sözleşme anlamına gelmez.

A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER (Bu alan sigortacı veya aracı kurum/acente tarafından doldurulacaktır.)

SİGORTACI BİLGİLERİ

Ticaret Unvanı	KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş.
Adresi	SARAY MAHALLESİ DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CADDESİ NO: 2 AKKOM OFİS PARK 3. BLOK KAT:2 ÜMRANIYE / İSTANBUL
Telefon	(0216) 999 81 00
Faks	(0216) 692 11 22

ARACI KURUM / ACENTE BİLGİLERİ

Aracı Kurum Adı	
Teknik Personel Adı Soyadı	
Adres	
Tel & Faks No	
Levha Kayıt No	

B. UYARILAR

1. 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.katilimemeklilik.com.tr adresi üzerinden ulaşabilirsiniz.

2. Sigorta katkı priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde katkı priminin ilk taksitinin, poliçenin teslim edildiği an ödenmesi gerekir. Katkı priminin ödenmemesi durumunda, riziko gerçekleşmiş dahi olsa sigortacının sorumluluğu başlamaz. İleride doğabilecek birtakım ihtilafları önlemek için, katkı primi ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.

3. Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcaması poliçe kapsamı dışındadır.

4. SGK tarafından sağlanan genel sağlık sigortasının aktif olmadığı durumda oluşan sağlık giderleri bu poliçe kapsamı dışındadır.

5. Poliçeye temel oluşturan 5510 sayılı SGK KANUNU'nun ilgili maddeleri gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları sigortalı tarafından ödenmek zorunda olup, bu poliçenin kapsamı dışındadır.

TAM KATILIM BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

6. Sağlık Katılım Sigortası katkı primi ödemeleriniz vergi matrahınızdan düşülebilmektedir. (Tam Katılım Sağlık Sigortası Özel Şartlar metnine bakınız.)

7. Sigorta ettiren, sigorta katkı primini peşin veya taksitle ödeme kararlaştırdıktan sonra; peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Aynı şekilde sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ödeme planındaki katkı prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde poliçe temerrüde düşer.

Katkı primi ödeme borcunda temerrüde düşülmesi hâlinde Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır. Sigortalının/sigorta ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen katkı primleri kesintisiz olarak sigorta ettirene iade edilir. İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden katkı primi gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir. İptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, sigortacının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır.

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı katkı primi tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği katkı primlerinden, hak kazanılan katkı prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı katkı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği katkı primleri aşmıyorsa, katkı primlerinden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı katkı primi tutarını ve sigorta ettirenin ödediği katkı primleri aşmıyorsa katkı prim iadesi yapılmaz.

Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş katkı primi taksitlerinin, sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hâle gelir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen birey çıkışı (eş, çocuk) taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır. Sigorta Ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. 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 Sigortacı' ya iletilmesi gereklidir.

Bu durumda sigorta ettiren değiştirilerek poliçeye devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa katkı 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 işleme alınır ve varsa katkı 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 katkı prim iadesi poliçedeki Sigorta Ettirene yapılır.

8. Sözleşmenin kurulması sırasında (sözleşme yapılırken), sigorta süresi içinde ve rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigortacıya gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış bilgi vermektan kaçınınız. Aksi takdirde, sözleşmenin yapılmaması veya daha ağır şartlarda yapılmasını gerektirecektir. Tazminat gerçekleşmiş ise tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabilir. (Sağlık Sigortası Genel Şartları ilgili maddesi gereği)

9. Bekleme Süreleri; Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili müdahale ve yatarak tedavi giderleri, rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile kapsam dışındadır.

Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, üriner sistemin taşlı hastalıkları, ESWL, prostat hastalıkları, varikosel.

- Her türlü disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), eklem cerrahisi, omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu)

TAM KATILIM BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri, tünel sendromları, higroma, trigger finger, endoskopik işlemler,

- Her türlü fitik (kasık fitiği, mide fitiği vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları, katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları, pilonidal sinüs, hemoroid, fistül, fissür ameliyatları, tonsillit, geniz eti, sinüzit ve orta kulak cerrahisi,
- Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), varis (özefagus varisleri dâhil), hidrosel, spermatosel,
- Organ yetmezlikleri, organ nakilleri.
- Tüm kronik hastalıklar (Karaciğer hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, KOAH, astım, ince ve kalın barsak hastalıkları), Multiple Skleroz ve SLE (Lupus), tüm romatolojik hastalıklar, kist hidatik, inflamatuvar barsak hastalıkları,

Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dâhil edilmesinden itibaren en az 12 ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Doğum teminatı kapsamındaki tüm giderler bu teminatın bir önceki yıl da seçilmesi kaydıyla geçerli olup, teminata ilişkin giderler, seçildiği ilk yıl kapsam dışındadır. Yenileme döneminde; doğum teminatına ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının tekrar dâhil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlar.

Poliçe başlangıç tarihinde mevcut olmayan, aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili müdahale ve/veya yatarak tedavi giderleri, rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 yıl süre ile kapsam dışındadır.

- Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, septoplasti, nazal valv operasyonları) ile ameliyat ve girişimler

10. 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 vermekten kaçınınız. Aksi takdirde Sigortacı'nın Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe Özel 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 yapılıyorsa 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. Bu katılım sigortasıyla Sigortalı/Sigortalıların poliçe başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masrafları, poliçede belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, TTK, Genel Hükümler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alınır.

2. Teminat dışı hâller için Sağlık Sigortası Özel Şartları ve Genel Şartları metinlerinde belirtilmiş durumları inceleyiniz.

3. İlgili ürün sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.

4. Bu sağlık katılım sigortası Sigortalının, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı Sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini karşılar. Fark ücreti ödenecek kurumun aynı zamanda Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. ile anlaşması olması gerekmektedir. Anlaşmalı Kurum Listesinin güncel hali www.katilimemeklilik.com.tr adresinde yer almaktadır.

TAM KATILIM BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

Şirketin Anlaşmalı kurumlar üzerinde değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır.

5. Sigortalı, vadesi dolan sağlık sigortası poliçesini 30 gün içinde yenilemelidir. Poliçe yenilemesinin 30 günü geçmesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalanacak bir müşteri olarak kabul edilir.

6. Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda sigortacının, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almaması ile yenileme haklarının geçerliliğini kaldırması hakları saklıdır.

Sigortalıların poliçelerinde tercih edilmiş olan teminat, anlaşmalı kurum ve teminat detayları, değiştirilmeden yenilenir. Ancak, poliçede tercih edilmiş (örnek: kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, anlaşmalı Kurum gibi belirli kriterler) yenileme döneminde geçerli değilse poliçe, en az biten poliçe kriterlerine haiz karşılıkları ile yenilenir. Sigortacının poliçeyi otomatik yenileme veya otomatik yenilememe hakkı saklıdır.

1. TEMİNATLAR

Kapsam altına alınan teminatlar, teminat tutarları, sertifika ve ekinde yer alan Teminat Tablo'sunda belirtilmiş olup, söz konusu teminatlar için Poliçe ekinde yer alan özel şartlardaki hükümler uygulanacaktır. 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 sertifika ekindeki Teminat Tablosu'nda belirtilen limit ve katılım payı oranında tazmin etmeye yöneliktir.

YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

Bu teminat Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında yapılacak yatış gerektiren tedavilerde poliçe ekinde yer alan Teminat Tablo'sunda belirtilmiş olan teminatlar, limitler ve katılım payları kapsamında poliçe ekinde yer alan özel şartlardaki hükümler uygulanacaktır.

AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

İstiyorum İstemiyorum

Ayakta Tedavi Teminatı seçilmediği durumda oluşacak poliçe sadece Yatarak Tedavi Teminatını kapsamaktadır. Sadece Yatarak Tedavi teminatının seçilmesi durumunda Doğum Teminatı ayrıca seçilememektedir.

ANNELİK (DOĞUM) TEMİNATI

İstiyorum İstemiyorum

Annelik (Rutin Kontrol) teminatı; Hamileliği ilgilendiren her türlü kontrol muayene, rutin tetkik ve ilaçlar Ayakta Tedavi Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranları ile geçerlidir.

SGK Kullanımı Durumunda Kurum Uygulaması: Yukarıda belirtilen teminatların, SGK ile birlikte Anlaşmalı Sağlık Kurumlarımızda kullanılması durumunda, Sigortalı sadece SGK Katılım Payını ödeyecek, SGK kullanımında oluşan fark tutarı ise ilgili teminatın limitleri dahilinde Sigorta Şirketi tarafından poliçe ekinde yer alan Teminat Tablo'sunda belirtilmiş olan teminatlar, limitler ve katılım payları kapsamında karşılanacaktır.

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 primleri belirleyebilir. Türk Ticaret Kanunu, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Poliçe Özel

TAM KATILIM BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

Şartları'nda belirtilen Teminat Dışı Haller (İstisnalar ve Bekleme Süreleri) maddesinde belirtilen durumlar için ödeme yapılmaz.

D. RİSK KABUL VE PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

1. Sigortacı, Sigorta sözleşmesinin kurulması aşamasında Sigorta Ettiren'in beyan ettiği tüm bilgileri yeniden sözleşme yapılması aşamasında ise Sigortalı'ların yıl içindeki tazminatlarını ve sağlık durumunu esas alarak değerlendirme yapar. Sigortacı'nın, 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.

2. Diğer Sigorta Şirketlerinde veya Katılım Emeklilik Grup Sağlık Sigorta Poliçesinde sigortalı olan kişilerin, Tam Katılım Sağlık Sigortası sigortalısı olarak devam etmek istemeleri halinde, aşağıdaki koşulların sağlanması gerekmektedir:

- Önceki sağlık poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde Şirketimize başvurulmalıdır.
- Önceki sağlık sigortasında en az 1 tam yıl sigortalı olunmalıdır.
- Diğer sigorta şirketinden geçişlerde 15 günlük - 55 yaş aralığındaki kişiler başvuru yapabilir.

Sigortacı, sigortalı adaylarının önceki poliçelerinde kazanılmış haklarının devamına, geçmiş sigortalılık bilgileri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verebilir. Sigortacı, Tam Katılım Sağlık Sigortası ürününe ait Özel Şartları ve Katılım Emeklilik'in teknik ve tıbbi risk değerlendirme kuralları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

3. Aile indirimi; anne, baba ve 24 yaşına kadar olan çocukların aynı poliçe kapsamında sigortalanması halinde, kişi sayısı dikkate alınarak uygulanır.

4. Yeni doğan bebeğinize ait başvuruyu, bebeğinizin doğum tarihinden, on dördüncü (14.) günden sonra yapılacak risk analizi sonucunda sağlıklı olması durumunda sigortalanabilir.

5. Tam Katılım Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi; poliçenin Sigortacı tarafından mevcut tamamlayıcı sağlık sigortası ürün ve planı (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi gibi belirli kriterler) dâhilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür. Bu taahhüt Sağlık Dışı Teminatlar ile Terör Klozu ile teminat kapsamına dâhil edilen olaylar nedeniyle oluşan sağlık giderleri bakımından geçerli değildir.

Sigortacı, sigortalının kesintisiz olarak 3 yıl boyunca Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını devam ettirmesi ve 3 yılsonunda, sigortalının sağlık durumunu esas alarak tamamlayıcı sağlık sigortalarında ömür boyu yenileme garantisi hakkını değerlendirir. Bu değerlendirmede, sigortalının sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın, maruz kaldığı tüm hastalık / rahatsızlıklarını Sigortacı'ya bildirmiş olduğu varsayımıyla uygun bulunanlara, tamamlayıcı sağlık sigortalarında ömür boyu yenileme garantisi verir.

Yapılan inceleme sonucunda Sigortacı;

- Herhangi bir ek prim veya istisna uygulamadan tamamlayıcı sağlık sigortalarında "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verebileceği gibi bu esnada, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek primleri tekrar değerlendirebilir,
- Şirketimizdeki Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları'nda "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkını kazanma tarihinden önce oluşan riskler için hastalık ek primi ve/veya istisna uygulamak sureti ile Tam Katılım Sağlık Sigortaları'nda "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı verebilir,
- Ömür Boyu Yenileme Garantisini vermeyip her yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapabilir.

Tam Katılım Sağlık Sigortaları'nda "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı kazanıldıktan sonra;

- Sigortalı/sigorta ettiren talebi olmadıkça ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limitleri düşürülmez, sigortalı katılım payları arttırılmaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapılmaz.

TAM KATILIM BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

- Teminat değışiklik talebi veya meriyete alma durumu bulunmadığı sürece sigortalının bu hakkı kazanmasından sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından dolayı hastalık ek primi, istisnası uygulanmaz.
- Tam Katılım Sağlık Sigortaları'nda "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" bulunan yenileme poliçelerine tazminat ek primi uygulanmaz.
- Sigortacı tarafından, Tam Katılım Sağlık Sigortaları'nda Ömür Boyu Yenileme Garantisi için risk değerlendirmesi yapılan tarih ile yenilenen poliçenin başlangıç tarihi arasında sigortalı tarafından bilinen ancak Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı yenileme koşullarını gözden geçirerek, Ömür Boyu Yenileme Garantisini tekrar değerlendirme, hastalık ek primi ve/veya istisna uygulama hakkına sahiptir.

Tam Katılım Sağlık Sigortaları'nda Ömür Boyu Yenileme Garantisi, kişiye özel olup bu hakkı kazanmış sigortalıya aittir. Bu hakkı kazanan sigortalılar poliçede ayrıca belirtilir.

Sigortacı, poliçe başlangıç tarihinden sonra poliçeye giriş yapan eş ve/veya çocukları, dâhil oldukları poliçe döneminden itibaren üç tam yılı tamamlamalarını müteakip ilk yenileme döneminde Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirmeye alır.

Sigortacı, Network'ler dâhilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değışiklik yapma hakkını saklı tutar. Network'ler dâhilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network'te yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur. Bunun yanı sıra anlaşmalı sağlık kurumlarında uygulanan özel uygulamalar da Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda son bulur.

6. Diğer Sigorta Şirketlerinde veya Katılım Emeklilik Grup Sağlık Sigorta Poliçesinde sigortalı olan kişilerin, Tam Katılım Sağlık Sigortası sigortalısı olarak devam etmek istemeleri halinde, aşağıdaki koşulların sağlanması gerekmektedir:

- Önceki sağlık poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde Şirketimize başvurulmalıdır.
- Önceki sağlık sigortasında en az 1 tam yıl sigortalı olunmalıdır.
- Diğer sigorta şirketinden geçişlerde 15 günlük - 55 yaş aralığındaki kişiler başvuru yapabilir.

Sigortacı, sigortalı adaylarının önceki poliçelerinde kazanılmış haklarının devamına, geçmiş sigortalılık bilgileri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verebilir. Sigortacı, Tam Katılım Sağlık Sigortası ürününe ait Özel Şartları ve Katılım Emeklilik'in teknik ve tıbbi risk değerlendirme kuralları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

E. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş. anlaşmalı kurumlarında poliçe teminat kapsamı dahilindeki ayakta ve yatarak tedavilerde yapılacak sağlık giderlerine ait faturalar; kuruma verilecek provizyon onayı sonrasında sigortacı tarafından doğrudan kuruma ödenecek, provizyona konu evraklar ve faturalar ilgili kurum tarafından sigorta şirketine gönderilecektir.

Sigortalı'nın şirketten provizyon onayı almayıp, kendi yaptığı sağlık harcamalarına ait giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanılabilmesi için sigortalı, KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş.'ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakta yükümlüdür. (Hakların Devri İlkesi)

TAM KATILIM BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

F. 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 etmekle 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.

G. VERGİ UYGULAMASI

193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 01 Ocak 1986 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 3239 Sayılı kanun ile değişen 63. ve 89. maddeleri gereğince; mükellefin şahsı, eşi ve küçük çocukları için ödeyeceği Sağlık Katılım Sigortası katkı primleri vergi indirimi kapsamındadır. Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırları tanımlayan söz konusu maddeler, 29 Haziran 2012 tarih ve 28338 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6327 Sayılı kanun ile değiştirilerek 01 Ocak 2013 tarihinden sonra geçerli olmak üzere yeni düzenlemeler getirilmiştir.

Bordro ile ücret alan mükellefin ödeyeceği Sağlık Katılım Sigortası katkı primi, katkı priminin ödendiği ayda elde edilen brüt kazancın %15'ini ve asgari ücretin aylık tutarını aşmamak şartıyla gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Gelir vergisi beyannamesine tabi mükellefin ödeyeceği Sağlık Katılım Sigortası katkı primi, (katkı priminin gelirin elde edildiği yılda ödenmiş olması ve ücret geliri elde edenlerin ücretlerinin safi tutarının hesaplanması sırasında ayrıca indirilmemiş bulunması şartıyla) beyan edilen yıllık gelirin %15'ini ve asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacak şekilde gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Söz konusu kanundan yararlanabilmek için 1) Bordro ile ücret alıyor iseniz, çalıştığınız işyerinde Muhasebe Servisine Sağlık Katılım Sigortası makbuzunu vermeniz 2) Serbest çalışıyor iseniz, Sağlık Katılım Sigortası makbuzundaki katkı prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtmeniz yeterlidir.

Katılımcının (Katkı primi ödeyenin) adı/soyadı, ödemenin ait olduğu dönem, ödenen katkı primi, ödeme yapılan sigorta şirketinin unvanı ve ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu, otomatik para çekme makinası makbuzu ve kredi kartı ekstreleri makbuz yerine geçmektedir.)

H. KATILIM SİGORTACILIĞI UYGULAMA ESASLARI

1. Şirketin, 20.09.2017 tarih ve 30186 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Katılım sigortacılığı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" ile belirlenen esaslara göre faaliyette bulunmaktadır.
2. İşbu Bilgilendirme ve Başvuru Formu Katılım Sigortacılığı kapsamında ve sigortalılar arasındaki yardımlaşma ve kefilleşme (teâvün ve tekâfül) hizmetinin organizasyonu amacıyla düzenlenmiştir.
3. Katılımcılardan tahsil edilen katkı primleri şirketin Danışma Kurulu tarafından onaylanan ve İslami finans prensiplerine uygun yatırım enstrümanları ile değerlendirilir.
4. Katılım Sigortacılığı kapsamındaki faaliyetlerde şirketimiz, Vekâlet/Mudarebe Karması (Hibrit) yönetim modeli uygulanmaktadır.
5. Hibrit yönetim modelinde yatırım gelirleri üzerinden şirketin alacağı pay %50'dir.
6. Bakiye, şirket tarafından belirli bir dönemde ödenmiş ve dönem içinde ödenecek tazminatlar ile risk fonuna ait yasal yükümlülükler ve diğer masraflar karşılandıktan sonra katılımcıların ödedikleri katkılardan ve bunların gelirlerinden geriye kalan tutardır.
7. Katılımcının ödediği katkı primleri, diğer tüm katılımcıların ödediği katkı primleri ile birlikte değerlendirilip; şirketin ihtiyatlılık prensiplerine göre hesaplanacak tüm teknik giderlerinin ve şirketin uyguladığı Hibrit yönetim modelindeki paylarının düşülmesinden sonra, dönem sonunda artı bir bakiye oluşması durumunda, bu bakiyenin, şirketin pay almasına müsaade edilmeksizin Danışma Kurulu'nun ve şirket aktüerinin onaylayacağı esaslar kapsamında Katılım Sigortacılığı prensiplerine uygun yöntemlerle değerlendirilir.(Bakiyenin hayır amaçlı projelerde kullanılabilmesi, katılımcı risk fonu içerisinde tutulması veya İslami Finans prensiplerine aykırı olmayan başka yöntemlerle değerlendirilmesi)

TAM KATILIM BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

8. Katılım Sigortacılığı kapsamındaki bakiye iadeleri şirketin Danışma Komitesi'nin onaylayacağı şekilde değerlendirilir. Eğer bakiye fazlalığı çıkarsa bu bakiyenin Danışma Komitesi'nin onayladığı şekilde değerlendirmesi yapılır ve şirketin kurumsal internet sitesinde duyurulur.

9. Risk fonunun katılımcılara karşı yükümlülüklerini uygun şekilde yerine getirmesi ve risk fonunun devamının sağlanmasını teminen, risk fonunun fazla vermesi halinde gelecekteki öngörülemeyen riskler ve yasal yükümlülükler için bu fazlalık üzerinden Şirket ihtiyat fonu ayırabilir.

10. İşbu sigorta kapsamında Sigortacılık risklerinin yönetiminde İslami Finans prensiplerine göre çalışan Katılım Reasüransı (Retekâfül) şirketlerinin korumalarından faydalanılmaktadır.

11. Şirketin öz sermayesi ile sigortalılardan tahsil edilen katkı primleri şirketin Danışma Kurulu tarafından onaylanan ve İslami Finans prensiplerine uygun yatırım enstrümanları ile değerlendirilir.

12. Şirketimizin Katılım Sigortacılığı kapsamındaki uygulamaları hakkında detaylı bilgi almak için www.katilimemeklilik.com.tr/katilim-sigortaciligi adresini ziyaret edebilirsiniz.

I. DİĞER BİLGİLER

Şirketimiz, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği nezdinde kurulan Sigorta Tahkim Komisyonu'na üye değildir.

İ. ŞİKÂYET VE BİLGİ TALEPLERİ

Katılım sigortasına ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikâyetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 işgünü içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.

ŞİRKET İLETİŞİM BİLGİLERİ

Şirket Ünvanı	KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş.
Adres	SARAY MAHALLESİ DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CADDESİ NO: 2 AKKOM OFİS PARK 3. BLOK KAT:2 ÜMRANIYE / İSTANBUL
Tel & Faks No	(0216) 999 81 00 & (0216) 692 11 22
E-Posta	info@katilimemeklilik.com.tr
Mersis No	0528064104700018
Ticaret Sicil Müd.	İstanbul Ticaret Odası (ITO)
Ticaret Sicil No	895027

SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI		ARACI KURUM / ACENTE	
Adı Soyadı/ Unvan/Kaşe		Adı Soyadı/ Unvan/Kaşe	
Tarih		Tarih	
İmza		İmza	