

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	AKSİGORTA A.Ş.
ADRES	Poligon Cad. Buyaka 2 Sitesi No:8 Kule:1 Kat:0-6 Ümraniye
TELEFON / FAKS NO	(0216) 280 88 88 - (0216) 280 88 00
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.aksigorta.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.
- Sigortalıdan sonra 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. Ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, ödenen primden hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir. Ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir. Ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve ödenen primleri aşmıyorsa, prim iadesi yapılmaz. Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerini sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir.
- 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 vermekten 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 geçmiş 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. TEMİNATLAR

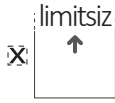
Bu sigortayla aşağıdaki teminatlar sağlanmaktadır. Kapsam altına alınan teminatlar, teminat tutarları Poliçeniz ve ekinde yer alan Teminat Tablosu'nda belirtilmiş olup, söz konusu teminatlar için Poliçe ekinde yer alan özel şartlardaki hükümler uygulanacaktır.

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.

FLEX TEMİNAT SEÇİMİ

YATARAK TEDAVİ TEMİNATI



Sigortalı Aday No

AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Limit



Sigortalı Aday No

MODERN TEŞHİS TEMİNATI

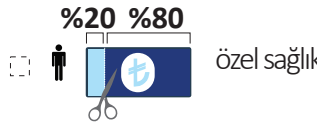
(3.000 TL Limit)

İstiyorum

İstemiyorum

Sigortalı Aday No

Sigortalı Katılım Payı



Sigortalı Aday No

MEDİKAL HİZMET AĞI

A1

A2

A3

A4

Sigortalı Aday No

YURT DIŞI TEDAVİ TEMİNATI

(50.000 Euro)

İstiyorum

İstemiyorum

Sigortalı Aday No

SMART TEMİNAT SEÇİMİ

SMART AİLEM

- Ailem (YT)** - Sadece limitsiz yatarak tedavi teminatı içermektedir.
- Ailem Standart** - Limitsiz Yatarak Tedavi, yıllık 3.000 TL limitli, %20 katılım paylı Ayakta Tedavi Teminatları içermektedir.
- Ailem Plus (+)** - Limitsiz Yatarak Tedavi, yıllık 4.000 TL limitli, katılım paysız Ayakta Tedavi Teminatları ile yıllık 50.000 Euro Limitli Yurt Dışı Tedavi Teminatları içermektedir.

SMART ÇOCUĞUM (18 yaş altı kişiler için seçilebilir.)

- Smart Çocuğum** - Limitsiz yatarak tedavi, yıllık 4.000 TL limitli, %20 katılım paylı Ayakta Tedavi Teminatları içermektedir.

SMART YENİ HAYAT (18-50 yaş arası kadınlar için seçilebilir.)

- Yeni Hayat (YT)** - Limitsiz yatarak tedavi, yıllık 5.000 TL limitli, katılım paysız Doğum ve %20 katılım paylı Hamilelik Rutin Kontrol Teminatları içermektedir.
- Yeni Hayat (YT) Plus (+)** - Limitsiz yatarak tedavi ile doğum başına limitsiz, katılım paysız Doğum ve %20 katılım paylı Hamilelik Rutin Kontrol Teminatları içermektedir.
- Yeni Hayat Standart** - Limitsiz Yatarak Tedavi, yıllık 4.000 TL limitli %20 katılım paylı Ayakta Tedavi ile yıllık 7.000 TL limitli katılım paysız Doğum, %20 katılım paylı Hamilelik Rutin Kontrol Teminatları içermektedir.
- Yeni Hayat Plus (+)** - Limitsiz Yatarak Tedavi, limitsiz ve katılım paysız Ayakta Tedavi, yıllık 50.000 Euro limitli Yurtdışı Tedavi ile doğum başına limitsiz katılım paysız Doğum ve %20 katılım paylı Hamilelik Rutin Kontrol Teminatları içermektedir.

SMART VIP

- VIP Standart** - Limitsiz Yatarak Tedavi, yıllık 3.000 TL limitli, %20 katılım paylı Ayakta Tedavi Teminatları ile yıllık 50.000 Euro limitli Yurtdışı Tedavi Teminatları içermektedir.
- VIP Plus (+)** - Limitsiz Yatarak Tedavi, limitsiz ve katılım paysız Ayakta Tedavi, yıllık 50.000 Euro limitli Yurtdışı Tedavi Teminatları içermektedir.

MEDİKAL HİZMET AĞI

A1

A2

A3

A4

NOT : Ailem PLUS (+), Yeni Hayat YT PLUS (+) ve Yeni Hayat PLUS (+) seçimlerinde A4 Medikal Hizmet Ağı seçimi yapılamaz.

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 TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

POLİÇE PRİMİ

Poliçe primi tespitinde; sigortalıların yaş ve cinsiyeti, kronik/kritik hastalıkları gibi sağlık riskleri, poliçe kapsamındaki teminat ve teminat limit tutarı, teminat şekli, anlaşmalı kurum networkü, sigortalı katılım payı yüzdesi, muafiyet tutarı, muafiyet katılım yüzdesi, teminatın kullanım frekansı, hasar prim/oranları, coğrafi bölge ve medikal enflasyon gibi hususlar dikkate alınmaktadır.

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. Başka bir sigorta şirketinden yapılacak geçişlerde, sigortalı adaylarının diğer sigorta şirketindeki geçiş bilgilerinin poliçe bitiş tarihini takip eden ilk 30 gün içerisinde Sigortacı'ya Başvuru, Beyan ve Bilgilendirme Formu doldurarak başvurusu durumunda Risk Kabul Birimi tarafından sağlık beyanı/beyanları ve iletilen geçiş bilgileri göz önüne alınarak kazanılmış hakları değerlendirilecektir. Risk Kabul Birimi tarafından yapılacak değerlendirme sonucuna göre diğer sigorta şirketindeki sigortalılık dönemi kazanılmış hak olarak kabul edilebilecek ve/veya Sigortacı tarafından sözleşme şartlarının yeniden belirlenmesi (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) ve sigorta sözleşmesinin iptali söz konusu olabilecektir. Ancak, geçiş yapacak sigortalı adayının hamile olsun ya da olmasın, Doğum Teminatı ile Hamilelik ve Rutin Kontroller Teminatları için Doğum Teminatı ile Hamilelik ve Rutin Kontroller Teminatları için Poliçe Özel Şartları'nda belirtilen bekleme süreleri her durumda geçerli olacaktır.
3. Aile indirimi; anne, baba ve 24 yaşına kadar olan çocukların aynı poliçe kapsamında sigortalanması halinde, kişi sayısı dikkate alınarak uygulanır.
4. Yenidoğan bebeğinize ait başvuruyu doğum tarihi itibari ile 60 gün içerisinde yapabilirsiniz. Bebeğiniz Risk Kabul Birimi'nin yapacağı değerlendirme sonucuna göre poliçeye dahil edilebilecektir. Sigortalı annenin kesintisiz Doğum Teminatı bulunuyor olması kaydıyla, doğum giderleri Sigortacı tarafından karşılanan yeni doğan bebekler, hastaneden çıkış tarihinden itibaren 60 gün içerisinde sağlık beyan ve başvuru formu doldurularak, doğum tarihinden sonra 15. günden sonra doldurularak Sigortacı'ya bildirilmesi ve belirlenen primin ödenmesi kaydıyla, başvurunun Sigortacı'ya ulaştığı tarih itibari ile poliçeye eklenecek ve "AkBebek" olarak kabul edilecektir. Bu bebeklerin, doğuştan gelen hastalık ve sakatlıkları teminat kapsamında olacak ve poliçe özel şartlarında yer alan bekleme süreleri uygulanmayacaktır. "AkBebek" olarak kabul edilen bebekler için, hastaneden çıkış tarihinden sonra doldurulan sağlık beyan formu ile doğuştan gelen hastalık ve sakatlıkları dışındaki varsa diğer edinsel hastalıkları için risk değerlendirmesi yapılacak ve poliçeye giriş tarihi itibari ile Yenileme Güvencesi verilecektir.
5. Sigortacı'da sona eren sözleşmenin yenileme dönemi sırasında; sona eren poliçenin ve yenilenecek poliçenin sadece yatarak tedavi veya yatarak ve ayakta tedavi teminatlarını içeriyor olması şartı ile poliçedeki her bir sigortalı için son yılın Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yeni yıl primlerinde aşağıda belirlenen koşul ve oranlarda indirim ve/veya ek prim uygulanabilir.
40 (Kırk) yaş ve üstü yaşlardaki bayan sigortalılarda kontrol amaçlı çekilen mamografi ve meme ultrasonografi masrafları ile, 40 (Kırk) yaş ve üstü yaşlardaki bay sigortalılarda kontrol amaçlı olarak yapılan PSA tetkik masrafları için ödenen tazminatlar, Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının hesaplamasında dikkate alınmaz.
- Hamilelik ve Doğum Teminatı içeren planlarda, T/P oranına bağlı indirim ve/veya ek prim uygulanmaz.

Yatarak Tedavi Teminatı içeren poliçeler için:

	T/P ORANI	HASARSIZLIK/İNDİRİMİ ORANI
İlk poliçe yılı sonunda	0	%10 indirim
İkinci ve üstü yıllarda	0	%20 indirim

Yatarak + Ayakta Tedavi Teminatı içeren poliçeler için:

T/P ORANI		İNDİRİM/EK PRİM ORANI	T/P ORANI		İNDİRİM/EK PRİM ORANI
0% ≤	≤ 10%	% -40 indirim	100% <	≤ 120%	%10 ek prim
10% <	≤ 25%	% -25 indirim	120% <	≤ 150%	%20 ek prim
25% <	≤ 50%	% -10 indirim	150% <	≤ 175%	%30 ek prim
50% <	≤ 100%	% 0 indirim	175% <	≤ 200%	%40 ek prim
			200% <		%50 ek prim

6. Sigorta priminin tamamının peşin ödenmesi durumunda, peşin ödeme indirimi uygulanacaktır. Ayrıca, Sigortacı tarafından dönemsel olarak, düzenlenecek olan kampanyalar kapsamında ve benzeri durumlarda, yukarıda tanımlanan indirim ve ek primler dışında her türlü indirim ve ek prim uygulaması yapılabilecektir.
7. Yenileme Güvencesi, Sigortalı'nın, Sigortacı'da 56 yaşından önce sigortaya ilk giriş yaptığı, kesintisiz üç yıl sigortalı kaldığı, ve bu süre içerisinde "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesine uygun davrandığı durumlarda, Risk Kabul Birimi tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre verilebilir. Ancak, Sigortacı'nın değerlendirme sonucuna göre, Sigortalı'ya bu hakkı vermeme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) verme hakkı saklıdır.
- Yenileme Güvencesi, T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından Resmi Gazete'de yayımlanan 28800 sayılı yönetmelikte belirtilen "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" şartlarından farklı bir içeriğe sahiptir. Sigortacı tarafından verilen Yenileme Güvencesi kapsamını, poliçe ekinde yer alan Poliçe Özel Şartları'nda bulabilirsiniz.

E. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

1. Anlaşmalı Kuruma başvurulması durumunda, 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 ise, tedavi masrafları öncelikle Sigortalı tarafından ödenecektir. Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz şekilde Sigortacı'ya ulaşmasından itibaren tazminat talebiniz 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.
4. Rizikonun gerçekleşmesi durumunda, gerekli bilgi ve belgelerle birlikte işbu formda adres ve telefonları yer alan sencard hizmet merkezine başvuruda bulununuz.
5. 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 (En fazla 90 (Doksan) gün) 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. Yenileme Güvencesi hakkı verilmiş olan kişiler için, sağlık kurumlarında yatış süresi olan yaşam boyu 720 gün limiti uygulanmaz.

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

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	Sencard Hizmet Merkezi Küçükbakkalköy Mah. Başar Sok. No: 20 34750 Ataşehir - İstanbul
TELEFON NO	444 27 27
FAKS NO	(0216) 571 55 56
E-POSTA	mim@sencard.com.tr

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih
__ / __ / ____	__ / __ / ____