

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU VE BİLGİLENDİRME FORMU

Acente Kodu ve Adı	
Acente Adres	
Acente İletişim	

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.
Sigorta Ettiren/Sigortalı tarafından kabul edilen teklif, Başvuru ve Bilgilendirme Formuna iliştilmelidir.

ÜRÜN SEÇİMİ	Yatarak Tedavi <input type="checkbox"/>	Ayakta+Yatarak Tedavi 6 Kez <input type="checkbox"/>	A+ <input type="checkbox"/>	
		Ayakta+Yatarak Tedavi 8 Kez <input type="checkbox"/>		
		Ayakta+Yatarak Tedavi 10 Kez <input type="checkbox"/>		
Sigorta Ettiren Adı-Soyadı	TC Kimlik No	Doğum Tarihi	Adres	İletişim No
Sigorta Kapsamına Alınacak kişi bilgileri	Adı-Soyadı	TC No	Doğum Tarihi	Boy/Kilo

SİGORTALI ADAYLARININ SAĞLIK BEYANI

Başvuru sahibinin aşağıdaki soruları kendisi ve kanunen bakmakla yükümlü olduğu ve "Sigorta Bünyesine Katılacak Kişiler" başlığı altında bilgilerini verdiği kişiler adına doldurulması ve EVET yanıtlarıyla ilgili ayrıntılı bilgileri aşağıdaki ilgili bölümlere yazılması varsa mevcut raporların eklenmesini rica ederiz. Aşağıdaki sorulara ne kadar ayrıntılı ve doğru yanıt verirseniz, sigorta sisteminiz o kadar iyi işleyecektir. Yanlış veya eksik beyan, tazminat talebinizin reddine sebep olacaktır.

1- Siz veya sigortalanacak aile bireylerinizden aşağıda belirtilen hastalıklar ile ilgili herhangi bir şikayet/tanınız varmı?
Evet Hayır

Her türlü Kanser ve tanısı konulmamış Kist/Tümör, Multipl Skleroz (MS) rahatsızlığı, Damar hastalıkları ile Beyin ve Sinir Sistemi hastalıkları, İnme (Enfaktüs, Anevrizma, Beyin kanaması, Beyin damar tıkanıklıkları vb.)

Organ yetmezlikleri (Kalp Yetmezliği, Karaciğer Yetmezliği, Böbrek Yetmezliği vb.)

Psikolojik Hastalıklar, Motor/Mental Gelişme Bozuklukları, Alkol/Uyuşturucu ve Madde Bağımlılığı, Siroz, Felç, İnme, %50 üzeri Zihinsel/Bedensel engelli olma durumu

Aids, Romatizmal Hastalıklar (Ankilozan Spondilit, Romatoid Artrit, Behçet vb.)

2- Siz veya sigortalanacak aile bireylerinizden yukarıda belirtilen hastalıkların dışında mevcut/geçirilmiş olan herhangi bir tanınız/şikayetiniz varmı?
Evet Hayır

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Geçirilmiş Ameliyat	Yapılan Testler/ İşlemler	Biyopsi Alındı mı? Sonuç?	Tedavi Uyg. Sağlık Kuruluşu/Doktor

BİR ÖNCEKİ SAĞLIK SİGORTA ŞİRKENİZ/POLİÇENİZE AİT BİLGİLER

Başka bir sigorta şirketi tarafından düzenlenen poliçeniz var mı?

Evet Hayır

Cevabınız Evet ise; yenileme yapılmak suretiyle devam eden sağlık sigorta poliçenizden önceki tüm sigortalarınıza ilişkin; özel şart, ilk giriş tarihi, bitiş tarihi (gün/ay/yıl) belirterek aşağıdaki soruları yanıtlayınız

Sigortalı Ad-Soyadı	Önceki Poliçe No / Önceki Şirket Adı	Önceki Poliçe Başlangıç Tarihi	Önceki Poliçe Bitiş Tarihi	Poliçesinde Bulunan Şartlı Kabuller (Ek Prim, Kapsam Dışı vb.)

Ben aşağıdaki imza sahibi; bu giriş formu nedeniyle Doğa Sigortanın herhangi bir taahhüt altına girmediğini, önceki şirket ve sigortalılık dönemlerim dahil sağlık durumum ile ilgili başvuru formumun poliçeleşmesini etkileyecek, Doğa Sigortanın bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi, yanlış veya eksik beyanda bulunmadığımı, aksi takdirde ortaya çıkabilecek anlaşmazlıklarda sigorta şirketinin herhangi bir sorumluluk altına girmeyeceğini, bu giriş formunda belirtmiş olduğum bütün hususlar hakkında doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma konusunda Doğa Sigortayı yetkili beyan, kabul ve tasdik ederim.

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDAKİ BİLGİLENDİRME VE BEYANLAR**1. 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) Kapsamında Bilgilendirme ve Beyanlar**

Sağlık sigortası başvuru formu kapsamında yapılan işbu bilgilendirme 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" gereğince ve yasal zorunluluk nedeniyle yapılmaktadır. Siz değerli müşterilerimize ait elde etmiş olduğumuz kişisel verilerin işlenmesi hususunda, kişisel verilerinizin güvenliğine verdiğimiz önem ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca, Veri Sorumlusu sıfatıyla sizleri bilgilendirmek üzere hazırladığımız Aydınlatma Metni, www.dogasigorta.com adresinde ilginize sunulmuştur. Ayrıca şirket bünyesinde gerçekleştirilen kişisel veri işleme faaliyetine ilişkin detaylı bilgiye kurumsal web sitemizde yayımlanan Kişisel Verilerin Korunması ve İşlenmesi Politikasından ulaşabilirsiniz.

Doğa Sigorta Anonim Şirketi olarak sizlere daha iyi hizmet sunabilmek için; 6698 sayılı KVKK kapsamında kimlik, iletişim ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü kişisel verileriniz ile özel nitelikteki sağlık verilerinizi; Poliçe oluşturulması, Poliçe oluşturulması için sigorta şirketlerine evrak iletilerek sizlere en uygun teklifin hazırlanması, Poliçelerdeki mevcut verilerin güncellenmesi, Sigortalı ve sigorta ettirenlere destek verilmesi, Satış yapılması, Müşteri destek sürecinde Şirket çalışanları ile yapılan çağrıların kaydedilmesi, kaydedilen bu çağrılar çerçevesinde sigortalı/sigorta ettiren şikayet yönetiminin yapılması ve Şirket çalışanlarına eğitim verilmesi, Sigortalı/sigorta ettiren memnuniyetlerinin takibi, Mevzuatta veya Şirketimiz'in kabul ettiği kural ve politikalarda meydana gelen değişikliklerin bildirilmesi veya veri sahibini ilgilendiren diğer bildirimlerin yapılması, Yasal ve idari yükümlülüklerin yerine getirilmesi, Birimler veya birimler arasında koordinasyon, iş birliği ve verimliliğin sağlanması ve geliştirilmesi amaçlarıyla işlemekteyiz.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca, belirli bir kişi ile ilişkilendirilebilen her türlü veri kişisel veri olmakla veri ile ilgili yapılabilecek her türlü işlem "kişisel verilerin işlenmesi" olarak tanımlanmıştır. Kanun ayrıca başkaları tarafından öğrenildiği takdirde ilgili kişinin mağdur olabilmesine veya ayırıcılığa maruz kalabilmesine neden olabilecek ırk, etnik köken, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep veya diğer inançlar, kılık ve kıyafet, dernek, vakıf yahut sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkumiyeti, güvenlik tedbiri ile ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel veri olarak adlandırmıştır. Özel nitelikli verilerin işlenmesinde de kendi içerisinde ayrıma giderek sağlık ve cinsel hayata ilişkin özel nitelikteki verilerin ancak ve ancak ilgilinin onayı ile işlenebileceği düzenlenmiştir. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenme, işlenen kişisel verileriniz ile ilgili bilgi talep etme, işlenme amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme, kişisel verilerinizin eksik veya yanlış işlenmesi halinde bunların düzeltilmesini isteme, kanuna uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması halinde resen veya talep üzerine silinmesini, yok edilmesini isteme ve kişisel verilerin düzeltilmesi, silinmesi veya yok edilmesi istenildiğinde bu istek üzerine yapılan işlemlerin kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme, işlenen kişisel verilerinizin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme, kanuna aykırı işleme sebebiyle zarara uğramanız halinde zararın giderilmesini talep etme hakkınız bulunmaktadır.

6698 Sayılı Kanun kapsamında kişisel verilerinize ilişkin haklarınızı kimliğinizi tevsik edici belgeler ve talebinizi içeren dilekçeniz ile en yakın Bölge Müdürlüğümüze bizzat elden veya Şirketimize daha önce bildirilen ve sistemimizde kayıtlı bulunan elektronik posta adresinizi kullanmak suretiyle iletebilirsiniz. Bu kapsamdaki başvurularınız tarafımızdan yapılacak olan kimlik doğrulamasını takiben kabul edilecek olup, yasal süreler içerisinde tarafınıza yazılı olarak veya elektronik ortamda dönüş sağlanacaktır. Makul olmayacak düzeyde yinelenen, orantısız düzeyde teknik çaba gerektiren, başkalarının gizliliğini tehlikeye atan veya başka şekilde aşırı derecede zor olan istekleri reddetme hakkımızın saklı olduğunu belirtmek isteriz.

2. Kişisel Verilerin İşlenmesine İlişkin Açık Rıza Beyanı

Doğa Sigorta Anonim Şirketi'ne sigorta işlemlerimi gerçekleştirmek üzere yaptığım başvurumun ve/veya imzalayabileceğim sigorta sözleşmesi dolayısıyla ve bu amaçlarla Doğa Sigorta şirketi ile ilişkilerimin başladığı tarihten itibaren şirkete/yetkili acentelerine sözlü, yazılı veya elektronik ortamda iletmış ve/veya iletecek olduğum kişisel verilerimin yahut bu formda sigortalanmaları için bilgilerini doldurduğum şahısların kişisel verilerini veya internet, çağrı merkezi, şubeler, direkt satış ekipleri ile yaptığım sözlü, yüz yüze görüşmeler, yazılı ve dijital başvurular, müşteri ziyaretleri, sözleşmeler ve sair yollar vasıtasıyla toplanan veriler, şirket ile ticari ilişkimizin devam ettiği sürece ve bu ilişkinin sona ermesinden itibaren mevzuatlardaki saklamaya ilişkin yükümlülükler saklı kalmak kaydıyla hakkımdaki verinin işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkmasına kadar, fiziki veya elektronik ortamda işlenmelerini gerektiren amaç çerçevesinde ve bu amaçla bağlantılı, sınırlı ve ölçülü şekilde, Doğa Sigorta'ya bildirdiğim veya bildirildiği şekliyle kişisel verilerin doğruluğunu ve en güncel halini koruyarak toplanacağı ve muhafaza edileceği konusunda tarafıma bilgilendirmede ve aydınlatmada bulunulmuştur. Bu kapsamda sigortalı/sigorta ettiren ilgili verilerinin işlenmesine onay verdiği takdirde sağlık bilgilerinin elde edilmesine, muhafaza edilmesine ve sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığında, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılacağına bilincindedir. İşlenen şahsıma ve bağımlılarıma ait kişisel verilerin tüm sağlık hizmet sunucularından edinilmesine, şirket bünyesinde işlenerek muhafaza edilmesine, Doğa Sigorta şirketi tarafından faaliyet konusu ile ilgili olarak ve yasaların izin verdiği çerçevede yetkili acenteler, reasürörler, eksperler, asistans şirketleri, aktüerler, destek hizmet sağlayıcıları ve kamu kurum ve kuruluşları ve sair ilgili kişi ve/veya kurumlara bu amaçla aktarılmasına tamamen bilgilendirilmiş olarak rıza gösterdiğimi beyan etmekteyim.

3. İletişim/Veri İşleme Faaliyetlerine İlişkin Açık Rıza Beyanı

Yukarıda belirtilen sebeplerle şirketimiz tarafından bahsi geçen kapsamda tarafınıza ve/veya sigortalanmaları için işbu formda bilgilerinizi paylaştığınız kişilere ait kişisel verilerin nasıl işleneceği konusunda tamamen bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış olarak; Şirketimizde ürün ve hizmet kalitesini geliştirmek amacıyla yapılan anketlerimiz, internet, çağrı merkezi, şubeler, acenteler, direkt satış ekipleri ile yapılan sözlü, yüz yüze görüşmeler, yazılı ve dijital başvurular, müşteri ziyaretleri, sözleşmeler ve sair yollar vasıtasıyla elde edilen hassas veriler dahil bütün kişisel verilerinizin tamamen veya kısmen otomatik olan ya da herhangi bir veri kayıt sisteminin parçası olmak kaydıyla otomatik olmayan yollarla, yazılı, sözlü ya da elektronik ortamda toplanmasına, yukarıda izah edilen şekilde elde edilen kişisel verilerinizi yahut sigortalanmaları için işbu formda bilgilerinizi doldurduğunuz şahısların verilerini kaydetmek, depolamak, değiştirmek, güncellemek, periyodik olarak kontrol etmek, yeniden düzenlemek, sınıflandırmak, işlendikleri amaç için gerekli olan ya da ilgili kanunda öngörülen süre kadar muhafaza etmek suretiyle işlenmesine, Sigorta ettiren sıfatıyla, sigortalanmaları için işbu formda bilgilerinizi doldurduğunuz bütün şahısların verdiği temsil yetkisine dayanarak, ilgili şahısların sağlık durumları ve özgeçmişleri ile ilgili her türlü bilgi ve kayıt kopyalarını sağlık kuruluşlarından, doktorlardan ve üçüncü şahıs ya da kurumdan almaya Doğa Sigorta'yı yetkili kılacağınızla, ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak Şirketimiz in bilgi ve belgelerini talep eden kamu kurum ve kuruluşları ile yine ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak Şirketimizi'nin bilgi ve belge paylaşımında bulunduğu özel hukuk kişilerine faaliyet gösterilen alan ve talep edilen amaçlarla sınırlı olarak kişisel verilerinizin aktarılmasına ve bu formda bilgilerinizi doldurduğunuz sağlık bilgileri ile ilgili her türlü detayı Doğa Sigorta'nın Sigorta Bilgi Merkezi'ne ve süreç ile ilgili bütün üçüncü şahıslara aktarılmasına, İşbu Sözleşme kapsamında paylaşılmış kişisel verilerinizin, tarafınızca yapılan beyana uygun, doğru ve eksiksiz bilgiler olduğunu; bu bilgilerinizde herhangi bir değişiklik olması halinde bu hususu derhal Şirketimize yazılı olarak bildireceğinizi ve güncel bilgilerinizi içeren yeni bir beyannameyi imzalayarak Şirketimize temin edeceğinizi; Şirketimize temin ettiğiniz bilgi ve belgelerin veya düzenlediğiniz formların güncel olmayan, gerçeğe aykırı ve eksik bilgiler içermesi nedeniyle Şirketimizin uğrayabileceği tüm zararı tazminle mükellef olacağınızla ve yine sigortalanmaları için formda bilgilerinizi doldurmuş olduğunuz şahısların yetki vermemiş olmamaları yahut açıklama ve taahhütlerine aykırı durum halinde bütün sorumluluğun ilgili kişiler adına tarafınıza ait olacağına, özgür iradeniz ile ve hiçbir baskı altında kalmaksızın açıkça onay veriyorsanız, aşağıdaki "Sağlık Açık Rıza ve İletişim/Veri İşleme Açık Rıza" onay durumunu belirten kutucukları tüm aile bireyleri için ayrı işaretleyiniz.

Sigortalanacak kişiler (18 yaş ve üzeri çocukların imzası gereklidir.)

Adı ve Soyadı	Sağlık Açık Rıza	İletişim/Veri İşleme Açık Rıza	Tarih	İmza
	Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum <input type="checkbox"/>	Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum <input type="checkbox"/>	.././....	
	Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum <input type="checkbox"/>	Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum <input type="checkbox"/>	.././....	
	Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum <input type="checkbox"/>	Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum <input type="checkbox"/>	.././....	
	Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum <input type="checkbox"/>	Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum <input type="checkbox"/>	.././....	
	Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum <input type="checkbox"/>	Onay veriyorum <input type="checkbox"/> Onay vermiyorum <input type="checkbox"/>	.././....	

DOĞA SİGORTA A.Ş. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından öngörülen örnek forma dayanarak hazırlanmış olup genel bilgilendirmeyi içermektedir. 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 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır. Bu nedenle satın aldığınız ürüne ilişkin Özel ve Genel Şartları lütfen dikkatlice okuyunuz.

A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

1.Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;

Ticaret Ünvanı :

Adresi :

Tel&Faks no. :

2.Teminatı veren sigortacının;

Ticaret Ünvanı : DOGA SİGORTA A.Ş. Adresi : Maslak Mah. Büyükdere Cad. Spine Tower No:243 K:20-21 Sarıyer/İSTANBUL Tel& Faks no :0 212 212 36 42 / 0 212 212 36 44

B. UYARILAR

1. İş bu poliçe sadece SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerlidir.
2. Sigorta hakkında daha detaylı bilgi almak için, talep halinde sigortacı tarafından poliçe ekinde verilecek. Sağlık Sigortası Özel Şart, Tanımlar, Sağlık Sigortası Genel Şartları, Teminat Tablosu ve İstisnaları dikkatlice okuyunuz.
3. Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikâyet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcaması poliçe kapsamı dışındadır.
4. Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksitinin ödenmemesi durumunda sigortacının sorumluluğu başlamaz.
5. Sözleşmenin feshedilmesi hâlinde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim, gün sayısı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir veya bu tarihe kadar ödenmeyen eksik prim, geçen gün sayısı hesap edilerek sigortacıya ödenir.
6. Sözleşmenin yapılmasından sonra, rizikoya etki edebilecek hususlar değiştiği takdirde sekiz gün içinde durumun Sağlık Sigortası Genel Şartları 7. Maddesi gereği sigorta şirketine bildirilmesi gerekir.
7. Sağlık Sigortası prim ödemeleriniz vergi matrahınızdan düşülebilmektedir (Sağlık Sigortası Özel Şartlar metnine bkz.)
8. Prim ödemelerinde ödeme belgesi almayı ve saklamayı unutmayınız.
9. Sigorta kapsamına giren ya da girecek kişiler ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesini yapılabilmesini teminen sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, SBGM'den, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Sağlık Bakanlığı'ndan bilgi alma ve belge istemesine rıza göstermiş sayılır.

C. GENEL BİLGİLER

1. Bu sigortayla 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, SGK, SUT, 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 metninde belirtilmiş durumlara bakınız.
3. İlgili ürün sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.
4. Anlaşmalı Kurum Listesinin güncel hali www.dogasigorta.com adresinde yer almaktadır. Şirketin anlaşmalı kurumlar üzerinde değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır.

D. POLİÇE TEMİNATLARI

1. Yatarak Tedavi teminatı, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, tıbben gerekli olan cerrahi ve/veya dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi, suni uzuv, tıbbi malzeme, kara ambulans giderleri ile küçük müdahale giderlerinin poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde karşılanmasını kapsar.
2. Ayakta tedavi teminatı, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi teminatlarından oluşur. Ayakta tedavi giderleri poliçede ilgili teminatın seçilmesi kaydı ile poliçede belirtilen adet limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Doktor muayene ile vaka takip numarası ilişkisi olmadan gerçekleşen tahlil, röntgen, ileri tanı yöntemleri kapsam dışındadır.

E. TAZMİNAT ÖDEMESİ

1. Sözleşmenin kurulması (sözleşmenin yapılması) sırasında teminatların limitlerine, ödeme oranına, özel istisnalara (varsa) özel şartlarına dikkat ediniz. Sigorta teminat limiti poliçede yazılı olan ve rizikonun gerçekleşmesi halinde sigortacının ödemeyi taahhüt ettiği teminat limitinin azami tutardır.
2. Tazminat ödenmesi söz konusu olduğu hallerde, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin yapmış olduğu masraflarını poliçede yazılı limitlere kadar katılım payı, özel istisnalar ve özel şartlara göre öder. Tazminat değerlendirmesi sırasında gerekli harcama belgelerinin asıllarının sigortacıya verilmesi şarttır.
3. Tedavi masrafı miktarında anlaşılmayan durumlarda taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini poliçede belirtilen hükümlere göre tayin eder. Bu husus noter kanalıyla diğer tarafa bildirilir. Taraflar incelemeye geçmeden üçüncü hakem bilirkişisini seçer.
4. Doga Sigorta A.Ş. anlaşmalı kurumlarında poliçe teminat kapsamı dahilindeki ayakta ve yatarak tedavilerde yapılacak sağlık giderlerine ait harcamalarınız poliçe özel ve genel şartlarına uygun olarak verilecek provizyon sonrasında sigortacı tarafından doğrudan kuruma ödenecek, provizyona konu evraklar ve faturalar, ilgili kurum tarafından gönderilecektir.

F. ŞİKÂYET VE BİLGİ TALEPLERİ

1. Sigortaya 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.
Adres: Maslak Mah. Büyükdere Cad. Spine Tower No:243 K:20-21 Sarıyer/İSTANBUL
Telefon: 0850 265 0 888 / 0 212 212 36 42 Faks:0 212 212 36 44
2. Doga Sigorta A.Ş. "Sigorta Tahkim Müessesine üye olduğundan, iş bu poliçeyle ilgili ihtilaf vukuunda Tahkim'e müracaat etme hakkınız bulunmaktadır.

G. SİGORTALI SAĞLIK BEYANI VE TAAHHÜTNAME

1. Doga Sigorta A.Ş.'nin beyanına dayanarak poliçe tanzim tarihi öncesi ve sonrası oluşan rahatsızlıklar için yeniden değerlendirme yapabileceğini, buna bağlı olarak poliçede değişiklik yapma (istisna/muafiyet vb.) ve poliçeden tümünden cayma hakkının saklı olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim. İstisna tutulan rahatsızlıklardan kaynaklanacak tazminat taleplerinin başvuru tarihinden itibaren teminat dışı bırakılacağını kabul, beyan ve taahhüt ederim.
2. Tarafımca bildirilecek banka hesabı numarasına ödeme yapılması halinde, Doga Sigorta A.Ş.'ye tamamen ibra edilmiş olacaktır.
3. Doga Sigorta A.Ş. Tamamlayıcı Sağlık Sigorta Poliçesinin Özel ve Genel Şartlarını okuduğumu, varsa itirazımı poliçe başlangıç tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde bildireceğimi aksi takdirde poliçenin tüm Özel ve Genel Şartlarını kabul, beyan ve taahhüt ederim.

"DOGA SİGORTA A.Ş.
SİGORTACI VEYA ACENTE KAŞE/ İMZA"

"SİGORTA ETTİRENİN ADI-SOYADI
TARİH / İMZASI"