

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI – Bilgilendirme Formu

HAYAT SİGORTALARI BİLGİLENDİRME FORMU

Bu form, sigorta sözleşmesine taraf olmak isteyen ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, yapılacak sigorta sözleşmesine ilişkin önemli bazı hususlarda genel amaçlı bilgi vermek amacıyla 14.12.2020 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe ve 31.01.2015 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Finansal Hizmetlere İlişkin Mesafeli Sözleşmeler Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır. İşbu Bilgilendirme Formu Garanti Emeklilik ve Hayat A.Ş. ("Sigortacı") ile Sigorta Ettiren arasında elektronik ortamda akdedilmesi düşünülen Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sözleşmesi hakkında açık, anlaşılır ve okunabilir şekilde bilgilendirme yapılması amacıyla hazırlanmıştır. İşbu Ön Bilgilendirme Formu'nda yer alan herhangi bir bilginin açık, anlaşılabilir veya okunabilir olmadığı kanaatindeyseniz Sigortacı'ya başvurarak ek açıklama talep edebilirsiniz. Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik ve Finansal Hizmetlere İlişkin Mesafeli Sözleşmeler Yönetmeliği uyarınca aşağıdaki hususlar bilginize sunulmaktadır.

A. Sigortacıya/Aracıya İlişkin Bilgiler:

1. Sözleşmeye Aracılık Eden Sigorta Acentesinin Ticaret Unvanı: T. Garanti Bankası A.Ş.

Adresi: Levent Nispetiye Mah. Aydar Cad. No: 2 Beşiktaş 34340 İstanbul

Tel & Faks No: 0212 318 18 18 & 0212 318 18 18

Mersis No: 0879001756600379

Faaliyet Konusu: Finans ve Bankacılık

2. Teminatı Veren Sigortacının Ticaret Unvanı: Garanti Emeklilik ve Hayat A.Ş.

Adresi: Nispetiye Mahallesi, Barbaros Bulvarı, No: 96 Çiftçi Towers Kule 1, 34340 Beşiktaş / İstanbul

Tel & Faks No: 0212 334 70 00 & 0212 334 63 00

Faaliyet Konusu: Faaliyet Konusu: Hayat Grubu Sigortaları, Kaza Sigortaları, Hastalık Sigortaları gibi mevzuatın izin verdiği tüm sigortacılık ve reasürans işlemleri, bireysel emeklilik faaliyetleri ve ilgili mevzuatta izin verilen diğer faaliyetler

B. Teminatlar:

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.

Yatarak Tedavi Teminatı: Sigortalının bir yıllık sigorta süresi içinde ameliyat ve hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış tarihleri arasındaki doktor, ameliyathane, oda yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır), tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığın komplikasyonlarının tedavisi için tıbbi gerekliliği bulunan tıbbi hizmetlere ait giderleri ile yoğun bakım giderleri işbu Özel Şartlar'da tanımlı Teminat Uygulama Usul ve Esasları uyarınca karşılanır. Triyaj (Acilden girilmesi durumu) uygulamasında Kırmızı Alan'a giren vakalara ait giderler de bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir.

Ayakta Tedavi Teminatı: Teşhis ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, Sağlık Kurumları'nda yapılan doktor muayene, görüntüleme ve laboratuvar işlemleri ile fizik tedavi giderleri bu teminat kapsamında, poliçede belirtilen limit, katılım payı ve/veya muafiyet tutarı dikkate alınarak ödenir. Triyaj uygulamasında Yeşil Alan ve Sarı Alan kapsamındaki tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Doğum Teminatı: Annelik Doğum ve Annelik Rutin Kontrol teminatı poliçede yer alan kendisi veya eşi konumundaki 18 yaş üzeri kadın sigortalılar için geçerlidir.

- **Annelik Doğum:** Doğumun sonlandırılması işlemi için yapılan normal doğum veya sezaryen işlemlerine ait doktor ve hastane giderleri ile hamilelik döneminde tıbbi gereklilik halinde amniosentez işlemi, hamilelik, tıbbi gereklilik halinde kürtaj, doğum ve sezaryen komplikasyonlarına bağlı yatışlar bu teminat kapsamında, poliçede belirtilmiş olan teminat limitleri doğrultusunda karşılanmaktadır.
- **Annelik Rutin Kontrol:** Hamileliği ilgilendiren her türlü kontrol muayene ve rutin tetkikler hamilelik rutin kontrol teminatı kapsamında, teminat tablosunda belirtilen oran ve limitler dahilinde ödenir. (ayakta tedavi teminatından ayrı olarak verilmiştir)

Teminat Açıklamaları

1. SUT: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği

2. SGK Katılım Payı: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda öngörülen ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI – Bilgilendirme Formu

işleminde ödenecek tutarı ifade eder.

3. Anlaşmasız Kurumda, SGK ile anlaşmalı olan ancak Sigortacı ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarını ifade eder.

4. Anlaşmasız Kurumlarda Genel Sağlık Sigortası "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri için teminat geçersizdir.

C. Teminat Dışı 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. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın tamamına https://tsb.org.tr/media/attachments/Sağlık_Sigortası_Genel_Sartları.pdf adresi üzerinden ulaşabilirsiniz.

D. Vergi Uygulaması:

Hayat sigortası için ödenen primler vergiye esas matrahtan düşülebilir. Bu konuda sigortacınıza danışınız.

E. Genel Bilgiler

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 <http://www.sencard.com.tr/medikal-hizmet-agi> adresi üzerinden ulaşabilirsiniz.

2. Sigortacı'nın sorumluluğu, sigorta sözleşmesinin kurulmuş olması halinde, sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde, peşinatın ödenmesi halinde başlar.

3. İleride doğabilecek birtakım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.

4. 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.

5. Sigortalandıktan sonra poliçemi elektronik ortamda teslim alacağım. Poliçemi sigorta şirketi internet sitesinde (<http://www.garantibbvaemeklilik.com.tr>) yer alan bireysel internet şubesine müşteri numaram / TC kimlik numaram ve şifrem* ile giriş yaparak görüntülemeyi / teslim almayı kabul ediyorum. E-posta bilgilerimi sigorta şirketi ile paylaşmam durumunda poliçemin e-posta ile de paylaşılacağını biliyorum. *Şifrenizi bilmiyorsanız İnternet Şubesi giriş sayfasındaki "Parolamı/Şifremi Unuttum" butonuna tıklayarak, şifrenizin sistemde kayıtlı olan cep telefonunuza gönderilmesini sağlayabilirsiniz.

6. Sigortalandıktan sonra www.sencard.com.tr adresinde yer alan "Bireysel Online İşlemler" bölümünü tıklayarak, T.C. Kimlik numaranız ve sistemde kayıtlı cep telefonunuz aracılığıyla şifre alabilir, poliçe bilgilerinizi görüntüleyebilir, tazminat detaylarını inceleyebilir, kişisel bilgilerinizi güncelleyebilir, ayrıca medikal tetkik sonuçlarınızı da online olarak takip etmeye başlayabilirsiniz.

7. 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.

8. 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. Ödenmiş tazminat tutarı, tazminat prim oranının %65'inden fazla ise prim iadesi yapılmaz.

9. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününde, sigortalı olunmadan önce var olan mevcut rahatsızlık ve hastalıklar ile bunların periyodik devamlılık ve nöksleri ile bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlara ilişkin tüm giderler kapsam dışındadır.

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 vermektan 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,

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI – Bilgilendirme Formu

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.

11. İlk sigortalanma tarihinden sonra ortaya çıkan ve yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler ile ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler, ilk sigortalanma tarihinden başlamak üzere 3 aylık bekleme süresi boyunca teminat kapsamı dışındadır. Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dahil edilmesinden itibaren en az 12 ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Doğum teminatı kapsamındaki tüm giderler bu teminatın Sigortacıda ve bu üründe bir önceki yılda seçilmesi kaydıyla geçerli olup, teminata ilişkin giderler, seçildiği ilk yıl kapsam dışındadır.

F. Risk Kabul ve Prime İlişkin Düzenlemeler

1. Sigortacı, sigorta sözleşmesinin kurulması aşamasında Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren'in ilk başvurusunda Başvuru ve Beyan Formu'nda beyan ettiği tüm bilgileri, yeniden sözleşme yapılması aşamasında ise sağlık beyanına ek olarak Sigortalı'nın yıl içindeki tazminatlarını ve sağlık durumunu esas alarak değerlendirme yapar. Sigortacı yapacağı değerlendirme sonucunda başvuru aşamasında başvuruyu reddetme, yeniden sözleşme yapılması aşamasında ise Sigortalı'nın mevcut rahatsızlıkları ve/veya hastalıkları için ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulama 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, Risk Kabul Birimi'nin 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.

3. Sözleşme kapsamında ilk defa sigortalanan veya diğer sigorta şirketinden yapılacak geçişlerde, tarife primi uygulanacaktır. Yeni iş, geçiş ve yenilemelerde, sigortalının ikamet adresi, poliçenin kullanım adeti ve tutarları, sigortalılık süresi, aile olma hali, ödeme planı değişiklikleri, prim hesaplanması esnasında fiyatın artmasına veya azalmasına neden olabilmektedir. Sigortacı'da sona eren sözleşmenin yenileme dönemi sırasında; poliçedeki her bir sigortalı için son yıl Ödenen Tazminat/ Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yeni yıl primlerinde indirim uygulanabilir. 0-1 (bir) yaş aralığındaki çocuklarda ilk poliçe yenilemesinde, Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yenilenecek poliçe primlerinde herhangi bir indirim uygulanmayacaktır.

4. 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.

5. Ömür Boyu Yenileme Garantisi, Sigortalı'nın, 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 sigortalanması uygun görülen kişilere 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.

F. Ödemenin Yapılması:

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. SGK ile anlaşmalı olan ancak Sigortacı ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında tedavi yapılması halinde, sağlık giderleri öncelikle Sigortalı tarafından ödenir. 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. SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastaneler ve branşlar ile SGK anlaşması olsa dahi SGK kullanılmadan gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI – Bilgilendirme Formu

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.

G. Diğer Bilgiler:

1. Sigortacı, sigorta tahkim sistemine üyedir. www.sigortatahkim.org

H. Şikâyet ve Bilgi Talepleri:

1. Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikâyetler için şirket iletişim adresi ve telefonlarına başvuruda bulunulabilir. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 iş günü içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.

Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talebi ve şikâyet için şirket iletişim adresi ve telefonlarına başvuruda bulunulabilir. Sigortaya ilişkin her türlü itiraz talebi ve şikâyet için Tüketici Mahkemesine, Tüketici Hakem Heyetine ve Sigorta Tahkim Komisyonu'na başvuruda bulunulabilir.

Şirket E-posta Adresi: Gbemusterihizmetleri@garantibbvaemeklilik.com.tr