

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, sigorta ettirene ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, yapılacak sigorta sözleşmesine ilişkin önemli bazı hususlarda genel bilgi vermek amacıyla 28.10.2007 tarihli Resmi Gazete' de yayınlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır. Şirketimiz sigorta tahkim komisyonuna üyedir.

### A- SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

#### 1. Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin/brokerin;

Ticaret Ünvanı :  
Adresi :  
Tel&Faks No :

#### 2. Teminatı veren sigortacının;

Ticaret Ünvanı : Groupama Sigorta A.Ş.  
Adresi : Groupama Plaza Eski Büyükdere Cad. No: 2 34398 Maslak - İstanbul  
Tel&Faks No : (212) 367 67 67 & Faks: (212) 367 68 68  
Web Adresi : www.groupama.com.tr

### B- UYARILAR

1. Sigorta hakkında daha detaylı bilgi almak için poliçenize ait Sağlık Sigortası Özel ve Genel Şartları ile Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesini dikkatlice inceleyiniz. Ürünlerimiz ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile ilgili bilgiye [www.groupama.com.tr](http://www.groupama.com.tr) adresinden ulaşabilirsiniz.
2. Sağlık sigortası yaptırmak için doldurulacak beyan formundaki sorulara eksiksiz ve doğru yanıtlar verilmesi gerekmektedir. Ayrıca, sözleşmenin kurulması sırasında ve/veya, sigorta süresince bir rizikonun gerçekleşmesi durumunda yasanın öngördüğü en kısa sürede sigortacıya rizikonun bildirilmesi gerekmektedir. Eksik veya yanlış bilgi vermekten kesinlikle kaçınılmalıdır. Aksi takdirde, tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabilir, poliçenin iptali ve/veya ilgili hastalıklar için ek prim/ muafiyet uygulaması yapılabilir.
3. Sağlık sigortası sözleşme süresi 1 yıldır. Sigortalının, poliçesini yenileme, talebi olması halinde; bu talep Groupama Sigorta A.Ş. tarafından değerlendirilir.
4. Sağlık Sigortası Genel Şartları 8. Maddesi gereği; Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksitinin poliçenin üzerinde yazılı tarihte ödenmesi gerekir. Primin ödenmemesi durumunda, sigortacının sorumluluğu başlamaz.
5. İleride doğabilecek bir takım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.
6. Primin ödemesinde, kesin vadenin kararlaştırıldığı hallerde, primin veya prim taksidinin zamanında ödenmemesi durumunda T.T.K. 1434. maddesi geçerlidir.
7. Poliçe kapsamında bulunan sigortalılardan herhangi birinin, poliçe genel şartlarına ve uygulama esaslarına ters düşen, kasıtlı olarak yarar sağlama amacı güden bir girişimde bulunması durumunda, poliçe kapsamında bulunan tüm sigortalıların poliçesi derhal iptal edilecektir.
8. Yabancı uyruklu sigortalılar için hazırlanmış üründe 18 yaşından büyük bir sigorta ettirenin bulunması şartı ile, 18 yaşından küçükler tek başlarına belirli ekprim oranları ile teminat altına alınabilecektir.

### C- GENEL BİLGİLER

1. Sigortalı/Sigortalıların poliçede / zeyilnamede, belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve / veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masraflarını, poliçe / zeyilnamede belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alır.
2. Sigortacı başvuru formunu ve sağlık risklerini değerlendirerek bu riskleri, medikal durumuna göre ek şart /istisna ile poliçe kapsamına

almama, muafiyet, sigortalı katılım payı, belli bir limit ile ya da ek primle poliçe kapsamına alma veya sigortayı hiç yapmama hakkına sahiptir.

**3.** Sigortacı, sigortalı olduğu dönem içerisindeki sağlık durumunu ve/veya hasar/prim oranını inceleyerek yenileyip yenilememe kararı verir. Sigortacı, yenileme kararını verirken son sağlık durumunu belirten beyanını, genel/veya özel sağlık sigortalılığına ilişkin kayıtların ibrazını ve ek tetkiklerini isteyebilir. Sigorta Bilgi Merkezinden, varsa önceki sigorta şirketlerinden veya sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alabilir. Groupama Sigorta, mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumu ile sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde sigortalılara ait her türlü bilgi ve belge (tazminat, teminat detayları vb) alışverişinde bulunabilir. Groupama Sigorta'nın sağlık sigortası ürününe sahip kişiler sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde resmi kurumlarla yapılacak bilgi ve belge alışverişini peşinen kabul etmektedir.

**4.** Aşağıda yazılı hastalıklar ve komplikasyonlarının ilk doktor muayene ücreti dışında ayakta tanı, ayakta tedavi, küçük müdahale, cerrahi ve yatarak yapılan teşhis ve tedavi harcamaları Groupama Sigortadaki ilk sigortalanma tarihini takip eden 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır:

Kalp, Kanser, Organ Nakli ve Organ Yetmezliği, Adhezyolizis, Kronik Hastalıklar (Diyabet, Hipertansiyon KOAH,MS vb.), Fıtıklar, Hemoroit /Anal Fistül, Anal Fissür/Anal Apse Perianal Apse,Bartolin Absesi/Kisti, Meme Hastalıkları, Bademcik, Geniz Eti, TiroitBezi Hastalıkları/Guatr, Orta Kulak İltihabı, Katarakt, Glokom ve Retina Hastalıkları, Disk Hastalıkları(Diskopati), Safra Kesesi ve Safra Yolu Hastalıkları,Üriner Sistem Taşı, Over Kisti, Myom ve Prostat Hast. Sinüs Pilonidalis, her türlü selim tümör- Kitle- Polip-Lipom-Nevüs Siğil (Verruca), Kist, Karpal Tünel Sendromu, Ulnar Tünel Sendromu, Varis, Koksartroz,gastroözofajial reflü, peptik ülser, otoskleroz, endometriozis, endometrioma, sinüzit, higroma, stres inkontinans, sistorektosel, omuz ve diz cerrahisi (menisküs, kırık, sinovya ve bağ lezyonları, vb.).

Şu kadar ki; Sigortacı, sigortalı/sigorta ettirenin beyanını/belgeleri değerlendirerek poliçe ekine yazmak kaydı ile yukarıda belirtilen bu hastalıklara ait bekleme sürelerini uzatabileceği gibi, bunlar dışındaki hastalıklara da bekleme süresi koyabilir.

Her türlü fizik tedavi ve rehabilitasyon masrafları, algoloji uygulamaları (Özel şartlarda belirtilen acil durumların tanımına uyan haller hariç), şirketimizdeki ya da kazanılmış haklarının verilmesi şartıyla önceki şirketindeki ilk sigortalanma tarihini takip eden 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır.

Oda-Refakatçi, Yoğun Bakım Ünitesi teminatları ve toplamda tüm yatarak tedavi teminatları için, masraflar teminat limitleri dahilinde en çok 180 gün için karşılanır. Yoğun bakım ünitesi teminatı maksimum 90 gün ile sınırlıdır.

## **D- PRİM TESPİTİ**

Sigorta primi; yaş, cinsiyet,yenileme veya geçiş poliçesi ise önceki dönem h/p oranı ve seçilen plan için belirlenmiş standart tarife primlerinin üzerinden sigortalının hasar/prim oranı, mevcut hastalık riskleri ve poliçe için geçerli ASK listesi kriterleri göz önünde bulundurularak hesaplanır. Standart tarife primleri belirlenirken; Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'ndeki değişimler, özel hastane cari fiyatlarındaki, ilaç ve sarf malzeme fiyatlarındaki artışlar, yeni tanı ve tedavi yöntemleri ile değişen maliyetler, genel giderler, komisyon, sigortalı portföyünün yaş, cinsiyet, hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikleri, ödeme süreleri, faiz oranları, enflasyon ve döviz kurları gibi etkenler dikkate alınır. Standart tarife primleri ve primin hesaplamasını etkileyen kriterler gerekli görülmesi halinde yeniden belirlenebilir ve değiştirilebilir. Poliçe primleri, poliçe başlangıç tarihinde geçerli olan standart tarife primleri ve tarife modeli üzerinden hesaplanır.

## **E- PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER**

Sigorta primine baz oluşturacak standart tarife primleri üzerine aşağıdaki indirim ve ek primler ayrı ayrı ve ardışık olarak her bir sigortalı için uygulanmıştır:

**1.** Yenileme primlerinin hesaplanmasında standart tarife primi üzerinden hasarsızlık indirimi veya hasar ek primi uygulama hakkına sahiptir.

Bir önceki yıl hasar prime bağlı ek prim uygulanmış poliçelerde yenileme priminin hesaplanmasında hasar prime göre indirim uygulanmayacaktır.

**2.** Sigortalının hastalık/rahatsızlıkları için hastalık başına %5-%50 aralığında hastalık ek primi uygulanabilecektir.

**3.** Birinci yılını tamamlayan poliçelere h/p oranı 0 olsa dahi hasarsızlık indirimi verilmeyecektir.

## F- TEMİNAT BİLGİLERİ

Sağlık sigortası poliçesi, ürünlere göre farklı teminatları içermekle birlikte, mevcut ürünlerimizde verilen teminatların özeti aşağıdadır, farklı ürünler için Poliçenize ait teminat ve limitleri için poliçenize bakınız.

Teminat Adı	Kapsam	ANLAŞMALI		ANLAŞMASIZ	
		Teminat Limiti	Katılım Payı	Teminat Limiti	Katılım Payı
Yatarak Tedavi	Yıllık	Limitsiz	Yok	20.000	20%
Hastane Oda - Yemek	Günlük	Standart tek kişilik Oda Ücreti	Yok	Standart tek kişilik Oda Ücreti	20%
Yoğun Bakım	Günlük	Yoğun Bakım Ünitesi Ücreti	Yok	Yoğun Bakım Ünitesi Ücreti	20%
Ayakta Teşhis Tedavi	Yıllık	2.000 TL. *	40%	2.000 TL. *	40%
Yardımcı Tıbbi Malzeme	Yıllık	1.000 TL.	40%	1.000 TL.	40%
Yurtiçi Acil Yardım ve Tıbbi Danışmanlık	Yıllık	Limitsiz	Yok	Limitsiz	Yok

\*Ayakta tedavi teminatı anlaşmalı ve anlaşmasız kurumlarda toplam yıllık 2.000 TL. limit ile sınırlıdır.

## G- RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ

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 göstermekle birlikte genel olarak gerekli evraklar aşağıdaki gibidir.

Tazminat talep formu, fatura asılları, ilaç reçetesi, ilaç küpürleri, hekim tarafından düzenlenen tetkik talep formu, tetkik sonuç fotokopisi, yatarak tedavilerde öncekilere ek olarak; anamnezli epikriz raporu, dökümlü hastane faturası, gözlem dosyası fotokopisi ve ameliyat raporu, trafik kazası olması halinde trafik kaza zaptı ve alkol raporu.

2. Rizikonun gerçekleşmesi durumunda 8 iş günü içinde, gerekli bilgi ve belgelerle birlikte ön sayfada adres ve telefonları yer alan sigortacıya başvuruda bulununuz.

3. Bildirim esnasında, sigortacı tarafından verilen talimatlar çerçevesinde hareket ediniz.

4. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme borcu sigortacıya aittir.

## H- TAZMİNAT

1. Sigorta teminatı , Sağlık Sigortası Genel Şartı'nın 2. Maddesine ek olarak, sigortalının sigorta başlangıç tarihinden önceki mevcut rahatsızlıkları ve mevcut maluliyetleri, doğuştan ileri gelen hastalık ve sakatlıkların ilk teşhis sonrası devam eden tetkik ve tedavileri, kalıtsal hastalık ve sakatlıkların teşhis ve tedavileri ile bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklar için yapılan masrafları ve Sağlık Sigortası Özel Şartları yer alan "teminat dışı kalan haller" i kapsamamaktadır.

## I- TAZMİNAT ÖDEMESİ

1. Anlaşmalı kuruma başvurulması durumunda ,Sigortacı tedavi masraflarına yönelik ödemeyi Poliçe Genel ve Özel Şartları ile Poliçe ekinde yer alan teminat tablosu çerçevesinde değerlendirerek onaylanan tutarı doğrudan Anlaşmalı Kuruma (YABANCI UYUKLULAR İÇİN SAĞLIK SİGORTASI ANLAŞMALI KURUM LİSTESİ) yapabilir. Anlaşmalı olan sağlık kurumunda gerçekleşen sağlık harcamaları için sigortalının başvuru sırasında anlaşmalı kurum yetkilisine sigortalı kartı ve pasaport aslını ibraz etmesi gereklidir. Bu belgeler olmaksızın yapılan başvurular, kuruluş tarafından doğrudan ödemeli olarak işleme alınmaz.

2. Anlaşmasız bir kuruma başvurulması durumunda ise, tedavi masrafları öncelikle Sigortalı tarafından ödenecektir. Sigortalı tedavi masraflarının ilgili kuruluşa ödenmesini takiben faturanın ekinde hekim tarafından eksiksiz doldurulup imzalanmış tazminat talep formu

ve Özel Şartlarda belirtilen belgelerle Sigorta Şirketine gönderilmelidir. Tazminat talep formuna [www.groupama.com.tr](http://www.groupama.com.tr) sitesinden ulaşılabilir.

**3.** Anlaşmalı sağlık kuruluşunda doktorun kadrolu veya Groupama Sigorta ile anlaşmalı olmaması durumunda; doktor teşhis, tedavi, ameliyat ve takip ücreti için ayrıca bir fatura kesecektir. Bu fatura doğrudan ödeme kapsamında değerlendirilmeyip sigortalının ödemeyi yapmasını takiben ilgili evrakları göndermesi halinde poliçede belirtilen limitler dahilinde ödemesi yapılacaktır.

**4.** Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz şekilde Sigortacı'ya ulaşmasından itibaren tazminat talebiniz 5 iş günü içerisinde değerlendirilir ve Poliçe'de belirtilen limit ve oranlar dahilinde ödeme yapılır.

**5.** Ödemenin yapılabilmesi için; Türkiye'de geçerli olmak üzere hesap sahibine ait (banka adı, şube kodu, şube adı, hesap ve IBAN numarası bilgilerinin gönderilmesi gerekmektedir.

## **J- SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI**

Sigorta süresi dolmadan sigorta ettiren tarafından sağlık poliçesinin iptal edilme talebi gelmesi halinde aşağıdaki koşulların gerçekleşmesi gerekmektedir.

- İkamet izin süresini kapsayan yeni bir özel sağlık sigortası sözleşmesinin şirkete ibrazında,
- İkamet izninin iptalinde,
- 5510 sayılı Sosyal sigorta ve Genel Sağlık sigortası Kanunu gereğince Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil olduğunu gösterir belge ibrazında,

Ayrıca ülkeden çıkış tarihini gösterir gerekli belgelerin sigorta şirketine gönderilmesi gerekmektedir.

Sözleşmenin sonlandırılması durumunda , sigortacılık prensipleri dahilinde, son hasar tarihinden önce olmamak koşuluyla gün esasına göre prim tahakkuk ettirilerek iptal işlemi yapılır.

## **K- ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ**

**1.** Sigortaya ilişkin bilgi talebi ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir.

Sigorta şirketi başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 gün içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.

Adres : Groupama Plaza Eski Büyükdere Cad.No:2 Maslak/İstanbul

Tel. No : 0850 250 50 50 & Faks No : 0212 367 68 68

E-mail : sigorta@ groupama.com.tr

Sigorta Ettirenin Adı, Soyadı ve İmzası

.....

Sigortacı veya Acentenin Kaşesi ve Yetkilinin İmzası

.....