

### SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

Bu form T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından öngörülen örnek forma dayanarak hazırlanmış olup, genel bilgilendirmeyi içermektedir. Bu nedenle satın aldığınız ürüne ilişkin Özel ve Genel Şartları lütfen dikkatlice okuyunuz.  
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 tarihinde yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye ilişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

#### A- SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

1.Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;

Ticaret Unvanı : Adresi :

Tel&Faks No :

2.Teminatı veren sigortacının;

Ticaret Unvanı : RAY SİGORTA A.Ş.

Adresi: Haydar Aliyev Cad. No: 28 Tarabya/İSTANBUL

Tel&Faks no: (212) 363 2500 – Faks: (212) 299 4854

#### B- UYARILAR

Sigorta hakkında daha detaylı bilgi almak için, talep halinde sigortacı tarafından verilecek Sağlık Sigortaları Genel Şartlarını, Poliçe Özel Şartları ve MEDIRAY Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nı dikkatlice inceleyiniz.

Sigorta Sözleşmesi için sigorta ettiren/sigortalı aday tarafından doldurulan başvuru formunun eksiksiz ve doğru cevaplandırılarak ıslak imzalı olması gerekmektedir. Gerek sigorta ettirenin gerekse sigortalı adayının kendisince bilinen ve sigortacının bilmesi gereken hususları sigortacıya bildirmekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğün ihlali halinde sigortacı sözleşmeden cayabilir ya da istisna, limit, ek prim almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutabilir. Bu nedenle sigorta şirketine sözleşmenin her aşamasında Sağlık Sigortası Genel Şartları 6. Maddesi gereği eksik veya yanlış bilgi verilmemelidir.

TTK 1434. Madde uyarınca ilk taksiti veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim ödenmez ise :

cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağına, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağına ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.

Sözleşmenin yapılmasından sonra, sigorta şirketinin izni olmadan, rizikoya etki edebilecek hususlarda meydana gelen değişikliklerin sekiz gün içinde Sağlık Sigortası Genel Şartları 7. Maddesi gereği sigorta şirketine bildirilmesi gerekir.

Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de ve her halükarda rizikonun gerçekleşmesiyle sona erer.

koşulu ile olmaktadır.

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.

Poliçe ile birlikte mutlaka sağlık sigortası genel ve özel şartlarının yazılı olduğu kitapçık sigorta ettirene teslim edilmelidir.

#### C- GENEL BİLGİLER

giderlerini, poliçesinde belirtilen teminatların kapsamı ve limitleri dahilinde tazmin eder. Sigorta teminatı, kapsama alınan kişilerin doğuştan gelen rahatsızlıkları ve Ray Sigorta'daki sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş oldukları veya varlığından haberdar oldukları rahatsızlıklardan ileri gelebilecek muayene, tetkik ve tedavi giderlerini ve Sağlık Sigortası Özel Şartlarında yer alan 'poliçenin kapsamı dışındaki haller'i kapsamamaktadır. Teminat dışı haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şartlarına bakınız.

Sigortalılığın ilk yılı içerisinde hamileliğin rutin kontrolleri, doğum giderleri ile her türlü kürtaj kapsam dışıdır. Amniosentez, hiperemesis, preeklampsi, düşük, düşük tehdidi, erken doğum, normal doğum, sezaryen, doğum komplikasyonları, lohusalıkla ilgili giderler v.b. poliçede yazılı limit ve iştirak oranınca Doğum Teminat'ndan karşılanır. Annelik teminatı kapsamına giren harcamalar şirketimizdeki ilk sigortalanma tarihini takip eden 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır. Sigortalının bu teminata hak kazanması için ilk yıl doğum teminatlı bir plan satın alması ve her yenileme döneminde doğum teminatı içeren bir plan satın almaya devam etmesi gerekmektedir. Sigortalının farklı limitleri içeren planlar satın alması halinde, doğum yaptığı yıl içerisinde sahip olduğu teminat limiti geçerli olacaktır.

Bu hastalıkların sigorta kapsamına alınmadan önce geçmesi gereken, sigortanın kayıt tarihine bağlayan ve bu süreyle de bekleme süresi ile hastalıklar/ rahatsızlıklar arasında yeralan veya Sigortacı'nın sigortalıyı kabul aşamasında bekleme süresi uygulamayı uygun gördüğü tıbbi durumlar için teminatın geçerli olmadığı süredir.

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili yatarak tedavi giderleri rahatsızlığı ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 12 ay süre ile kapsam dışıdır.

Poliçenin ilk yılında ortaya çıkmış, benign (iyi huylu) her türlü tümöral kitle, polip, lipom, nodül, ben (nevüs), kist ve benzeri kitle lezyonlarının alınması, bademcik (Tonsil), geniz eti (Adenoid Vejetasyon), kulağa tüp takılması, sinüzit, kulak zarı cerrahisi, her türlü fıtık (kasık fıtığı, mide fıtığı vb.), hemoroid, pilonidal sinüs (kıl dönmesi), fistül, fissür ameliyatları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, prostat hipertrofisi, safra kesesi, safra yolu ve üriner sistemin taşı hastalıkları, varis, varikosel, hidrosel, miyom, yumurtalık, meme ve rahim ameliyatları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), her türlü disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemler, katarakt, glokom ve tiroid hastalıkları, uyku apnesi, nedeni ile yapılacak her türlü cerrahi girişim; uvula elongasyonu, sarkık damak ve benzeri rahatsızlıklar, Multiple Skleroz ve SLE (Lupus), kist hidatik, kaza hariç organ nakilleri, tüm kronik hastalıklar ve bekleme süresine tabi rahatsızlıklar/hastalıkların komplikasyonları.

Doğum teminatı olan poliçelerde, bu teminattan ödenen tüm doğum, sezeryan, rutin hamilelik kontrolleri, düşükler (5) ay üzerindeki intrauterin ölü fetus hariç) ve bundan kaynaklanan her türlü komplikasyon, (Sigortalı bayanın Bekleme Süresiz Doğum Ek Teminatını alması ve gebeliğin poliçe başlangıç tarihi sonrasında başlaması halinde 12 aylık bekleme süresi uygulanmamaktadır. Geçiş poliçelerde, Doğum Teminatı kazanılmış hak olarak sigortalılara doğum teminatının olması halinde Ray Sigorta'daki ilk yıllarında gebelik mutad kontrolleri ve doğum teminatı ile ilgili giderler ödenmeyecektir.

Bir poliçe yılı içerisinde kapsam dahilindeki hastalık/ hastalıkların tedavisi için Sigortalının hastanede yatış süresi toplam 180 gün ile, vaka başına 60 gün ile sınırlıdır. Yatarak tedavi kapsamında hastane yatış süresi, ömür boyu 720 gün ile sınırlıdır. Yoğun bakım teminatı bir poliçe yılı içerisinde (Yıllık yatarak tedavi limiti olan 180 gün dikkate alınarak) toplam 90 gün ile sınırlıdır.

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/zeyilnameye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, TTK, Genel hükümler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alır.

Standart poliçe primi; yaş, cinsiyet, alınan teminatlar, teminat limitleri, teminat ödeme yüzdesi, coğrafi sınır, tercih edilen sağlık kurumları, sağlık enflasyonu ve şirketin sağlık portföyünün Tazminat/Prim oranına göre belirlenir. Yenileme dönemlerinde biten poliçenin Tazminat/Prim oranına göre ilgili ürünün özel şartlarında belirtilen tazminatsızlık indirimi veya kullanım ek primi uygulanır. Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmamış sigortalılar için yenileme dönemlerinde risk değerlendirmesi yapılarak hastalık ek primi, muafiyet, ve/veya limit uygulanabilir.

Sigortacı sigortalının sağlık riskini değerlendirebilmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık durumu ve/veya Risk Kabul yönetmeliği doğrultusunda şirketin başvuru reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır.

Sigorta şirketi, sigorta süresi öncesi ve sonrasında sigortalıyı tedavi eden tüm doktorlar, sağlık kuruluşları ve üçüncü şahıslardan sigortalının sağlık özgeçmiş hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını isteme hakkına sahiptir. Sigortalı iyi niyet kuralları çerçevesinde, bunu yerine getirmeyi kabul etmezse, sigortacı tazminatı ödememe veya anlaşmayı iptal etme yoluna gidebilir.

vardır.

Şirketimizde mevcut olan kimlik, adres telefon vb. bilgilerinizin değişikliğinde size daha rahat ulaşabilmemiz için lütfen acentemiz ve / veya 444 4 729 numaralı telefon ile irtibata geçiniz.

halinde, Sağlık Sigortalı Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne (SAGMER) Ray Sigorta A.Ş tarafından iletilecek olup, gerektiğinde SAGMER'den bu bilgilerin temin edilmesi mümkün olacaktır.

Ray Sigorta poliçe özel şartlarını değiştirebilir. Ancak bu değişiklikler sigortalının bir sonraki yıl yenilenecek poliçesi için geçerli olacaktır.

Sağlık sigortası poliçesi, ürünlere göre farklı teminatları içermekte olup, ürün içeriklerinde yeralmaktadır.

#### **D. RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ**

Tazminat başvurusu için gereken bilgi ve belgeler poliçenin ile birlikte istenmelidir.

Rizikonun gerçekleşmesi durumunda en kısa zamanda sigortacıya bilgi verilmesi gerekmektedir.

Bildirim esnasında sigortacı tarafından verilen talimatlar çerçevesinde hareket edilmelidir.

Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme borcu sigortacıya aittir.

#### **E- İSTİSNALAR**

Teminat dışında olan haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Sağlık Sigortası Poliçe Özel Şartlarında yer alan istisnalara bakınız.

#### **F-TAZMİNAT ÖDEMELERİNİN YAPILMASI**

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 göstermektedir. Anlaşmalı/Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen tazminat başvurunuz için gereken bilgi ve belgelerin poliçe dosyanızda bulunduğundan emin olunuz.

Tazminat ödemeleri alınan ürünün Özel şartları. Sağlık Sigortası Genel Şartları ve poliçede belirtilen teminat limitleri dahilinde değerlendirilir.

Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme yükümlülüğü sigorta şirketine aittir.

#### **G- DİĞER BİLGİLER**

Sigortacı Tahkim Sistemine üyedir.

Sigorta Tahkim Komisyonu, sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler ve Sigorta Tahkim Sistemine üye sigorta kuruluşları arasında, sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkların çözümü için, 5684 sayılı Kanununun 30. maddesi çerçevesinde oluşturulmuştur.

#### **H- ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ**

Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir.

Sigortalı, sigorta ile ilgili her türlü bilgilendirme ve iletişimin poliçe düzenlenirken beyan ettiği iletişim bilgileri üzerinden yapılmasını kabul etmiştir. Poliçenizin veya ret mektubunuzun başvuru tarihinden itibaren 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması durumunda 0212 444 4 729 telefon numarasından Müşteri Hizmetleri departmanımıza ulaşabilirsiniz.

Bu Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nda belirtilen sigorta şartlarını kabul ederek doldurduğumu beyan ederim.

Sigorta Ettirenin

Adı-Soyadı imzası Sigortacı veya acentenin kaşesi ve yetkilinin imzası

Tarih:...../...../..... Tarih:...../...../.....

Bu bilgilendirme formundaki bilgiler, formun her iki tarafça imzalandığı gün itibarıyla geçerlidir.

