

POZİTİF SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

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 ve 23.10.2013 tarihli Resmi Gazete'nin Sağlık Sigortası Yönetmeliğine istinaden hazırlanmıştır. Şirkemiz Tahkim Komisyon üyesidir.

A- SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER (İlgili alanlar acente tarafından doldurulacaktır.)

1. Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin:

Ticaret Ünvanı :

Adresi :

Tel&Faks No :

2. Teminatı veren sigortacının:

Ticaret Ünvanı :

Adresi :

Tel&Faks No :

Web Adresi :

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 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. Yatarak tedavili ve ayakta tedavili planlarda, 18 yaşından büyük bir sigorta ettirenin bulunması şartı ile, 18 yaşından küçükler tek başlarına poliçe kapsamına 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.** Yenileme döneminde sigortalıların daha yüksek annelik teminatı içeren bir plana geçişlerinde annelik teminat limiti bir önceki yıl planının annelik teminat limiti ile sınırlı olacaktır.
- 4.** Pozitif E ve Pozitif G den poliçesi olup yenilemelerini de aynı ürünlerden devam ettiren sigortalılarımız için talep edilmesi halinde annelik teminatı, ek prim karşılığı limitsiz olarak verilebilecektir.
- 5.** Sağlık sigortasının kesintisiz olarak en az 3 yıl Groupama Sigorta'da ya da başka bir sigorta şirketinde devam etmiş olması koşulu ile (ömür boyu yenileme garantisinin geçerli olduğu ürünlerde) ve son 3 yıla ait ortalama hasar / prim oranı'nın %80'in (Annelik, PSA, Mamografi ve Check up teminatından kullanılan hasarlar hariç) altında gerçekleşmesi halinde Groupama Sigorta sigortalının poliçe şartlarını (limit, muafiyet, katılım payı , ekprim uygulaması) belirleyerek ömür boyu yenileme garantisi verilip verilmeyeceğini değerlendirir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirme aşamasında sigortalıdan güncel tarihli sağlık beyan formu talep edilecektir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özeldir. Poliçedeki her bir fert için ayrı değerlendirme yapılır. Bu değerlendirme neticesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi kararı verildiği takdirde poliçede mevcut bulunan muafiyetler ve hastalık ekprimleri dışında Groupama Sigorta'da iken teşhis edilen ve sigorta kapsamında teşhis/televi masrafları ödenen rahatsızlıklar için Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanıldığı tarihten sonra muafiyet ve/veya hastalık ek primi ve/veya hastalık limiti uygulanmayacak, h/p oranına bağlı ekprim uygulanmayacaktır. Groupama Sigorta ömür boyu yenileme garantisi dışında başka bir yenileme garantisine sahip olan kişilerin ömür boyu yenileme garantili ürünlere geçiş taleplerinde kabul etme yada etmeme gerekirse limit, muafiyet, katılım payı , ekprim uygulamaları yapma hakkına sahiptir. 60 yaş ve üzeri kişiler için Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi yapılmayacaktır.
- 6.** Sigortacı, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı mevcut olmayan sigortalıların 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, sosyal ve/veya özel sağlık sigortalılığına ilişkin kayıtların ibrazını ve ek tetkiklerini isteyebilir. Sigortacı sigortalının yazılı onayını alarak Sigorta Bilgi Merkezinden, varsa önceki sigorta şirketlerinden veya sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alabilir. Groupama Sigorta, mevzuat gereğince Sigorta Bilgi ve Gözetim 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.
- 7.** Groupama Sigorta'nın sağlık sigortası ürününe yeni sahip olan veya olacak kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla, risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden(SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarından ve Sigorta Şirketlerinden edinilmesine ve şirket neznindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.
- 8.** Groupama Sigorta sağlık sigortası ürününe yeni sahip olan kişilerin yazılı onayını alarak sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde resmi kurumlardan (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden Özel Sigorta Şirketleri ve/veya Sosyal Güvenlik Kurumu) bilgi alabilir. Bu bilgiler ile birlikte sigortalı olduğu dönem içerisinde ortaya çıkan rahatsızlık ve / veya hastalıklarını değerlendirerek, yenileme döneminde istisna bırakabilir, hastalık limiti uygulayabilir veya hastalık ek primi uygulayarak ilgili rahatsızlık / hastalığı teminat kapsamına alabilir. Sigortalının mevcut planı dışında başka bir plandan teklif talep etmesi halinde sigortacı sigortalı olunan dönem içerisinde ortaya çıkan rahatsızlık ve / veya hastalıklarını değerlendirerek, yenileme döneminde ek prim, sigortalı katılımı, hastalık limiti vb. uygulamalar yapabilir.
- 9.** Aşağıda yazılı hastalıklar ve komplikasyonlarının cerrahi ve yatarak yapılan teşhis ve tedavi harcamaları şirketimizdeki ya da kazanılmış haklarının verilmesi şartıyla önceki şirketindeki ilk sigortalı tarihini takip eden 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır: Fıtıklar, Hemoroit /Anal Fistül, Anal Fissür/Anal Apse/Perianal Apse, Bartolin Absesi/Kisti, Meme Hastalıkları, Bademcik, Geniz Eti, Tiroit Bezi Hastalıkları/Guatr, Orta Kulak İltihabı, Katarakt, Disk Hastalıkları(Diskopati), Safra Kesesi ve Safra Yolu Hastalıkları, Üriner Sistem Taşı, Over Kisti, Myom ve Prostat Hastalıkları, Sinüs Pilonidalis, her türlü selim Tümör - Kitle - Polip - Lipom - Nevüs - Siğil (Verruca), Kist, Karpal Tünel Sendromu, Varis, Koksartroz gastroözofajial reflü, Otoskleroz, Endometriozis, Endometrioma, Sinüzit, Higroma, Stres İnkontinans, Sistorektosel, Omuz ve Diz Cerrahisi (Menisküs, Kıkırdak, Sinovya ve Bağ Lezyonları, vb.). 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 sigortalı tarihini takip eden 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır. Annelik teminatı kapsamına giren harcamalar Groupama Sigorta'daki ilk sigortalı tarihini takip eden 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır. Kontrol mamografisi, kontrol PSA, kemik dansitometri teminatları kapsamına giren harcamalar Groupama Sigorta'daki ilk

sigortalanma tarihini takip eden 6 ay boyunca; check -up teminatları kapsamına giren harcamalar ise 3 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.

10. Check-up Teminatları; 18 yaş (dahil) ve üzeri sigortalılar için hekim isteği olsun yada olmasın yılda bir defa içerikleri özel şartlarda belirtilmiş Check up giderleri, belirli anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu ile ücretsiz olarak karşılanacaktır. Bu teminat için anlaşma yapılmış kurumlar dışındaki giderler teminat kapsamı dışındadır. Bu teminat Groupama Sigorta'da ilk sigortalanma tarihi ile 3 ay bekleme süresine tabidir. Check - up teminatından yararlanmak isteyen sigortalılarımızın öncelikle 0850 250 50 50 no'lu telefondan Groupama Çağrı Merkezi'ni aramaları gerekmektedir.

11. Ferdi Kaza Teminatı; Groupama Sigorta A.Ş. bu poliçede sigortalı olarak belirtilen kişiyi, sigorta süresi içerisinde meydana gelecek kazalar nedeni ile maruz kalacağı bedensel zararların sonuçlarına karşı poliçede belirtilen sigorta bedelleri ile sınırlı olarak güvence altına almıştır. Pozitif Alternatif F ve diğer Pozitif E,G,K,K1,K2,Turkuaz ürünlerimize eklenen Ferdi Kaza teminatı 16-65 yaş tüm sigortalılarımıza Vefat ve Daimi Sakatlık halinde 25.000 TL limit ile verilmektedir, isteğe bağlı ek prim karşılığında 50.000 TL, 100.000 TL veya 150.000 TL limitli seçenekleride bulunmaktadır. Bu poliçe ile sağlanan teminat, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları ile poliçede belirtilmiş olan Özel Şartlar kapsamında ve sigorta priminin ödenmiş olması koşulu ile geçerlidir. Ferdi Kaza Sigortalıları Genel Şartlarına www.groupama.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

12. Prim Koruma Teminatı; ile Sigortalı'nın istihdam şekline bağlı olarak, İstemsiz işsizlik, Kaza ve Ha11alık sonu Geçici İş Göremezlik ve Kaza ve Hastalık sonucu Gündelik Hastane risklerden birinin gerçekleşmesi durumunda, sigortalının işbu poliçe için sigortacıya ödeyeceği, poliçe üzerinde belirtilen toplam ücret tutarının Özel Şartlarda belirtilen koşullar kapsamında sigortalıya geri ödenmesi güvence altına alınmaktadır. Bu teminat Sigorta Ettirenin Gerçek Kişi ve 18-60 (Yenilemelerde 65) yaş arasında olduğu poliçer için geçerlidir, Sigorta Ettirenin Tüzel Kişilik olması durumunda poliçe teminatlarında olsa dahi bu poliçelerde prim Koruma Teminatı geçerli değildir.

13. Sağlık sigortası sistemine dahil olan, yeni sözleşme döneminde şirket değişikliği gerçekleştiren sigortalılar için uygulanacak kurallar; Sigortacı, önceki poliçesi diğer şirkette olan sigortalıya risk değerlendirmesi sonucu kazanılmış hak verip vermemekte serbesttir. Diğer şirketin sigortalısına kazanılmış haklarını verirken son sağlık durumunu belirten beyanını, sosyal ve/veya özel sağlık sigortalılığına ilişkin kayıtların ibrazını ve ek tetkiklerini isteyebilir, sigortacı sigortalının yazılı onayını alarak Sigorta Bilgi Merkezinden, önceki sigorta şirketlerinden veya sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alabilir ve Sigorta Bilgi Merkezi ile bilgi paylaşımı yapabilir. Sigortalı, Groupama Sigorta'ya veya önceki sigorta şirket(ler)ine verdiği sağlık beyanında ihbar yükümlülüğüne uymadığı takdirde kazanılmış haklarından söz edilemez. Kazanılmış hakların verilebilmesi için, sigortalının bir önceki poliçesinde en az 1 yıl sigorta kapsamında olması ve sigorta bitiş tarihinden itibaren 30 günden fazla süre geçmemiş olması gerekmektedir. Kazanılmış hakların kaybedilmemesi için 30 gün içinde risk değerlendirmesi sonucu belirlenen şartlarda ve primde mutabık kalınması ve başvuru formunun Groupama Sigorta'ya ulaştırılmış olması gerekmektedir. Groupama Sigorta'daki başvuru tarihi ile bir önceki sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihi arasında 30 günlük bir süre olması durumunda poliçe başlangıç tarihi diğer şirketteki poliçe bitiş tarihi olacaktır. Ancak diğer şirketteki poliçe bitiş tarihi ile Groupama Sigorta tanzim tarihi arası için hasarsızlık formu doldurulması istenecektir. Bir önceki sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihinin üzerinden 30 günden daha fazla süre geçmişse; sigortalı için yeni sigortalı gibi işlem yapılarak kazanılmış hakları verilmeyecektir. Sigortalının, önceki poliçesinin özel şartlarında/teminatlarında yer alan ama yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda/teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir.

14. Sigortalının sağlık durumunun tespiti için sigorta şirketi tarafından doktor görüşü ve tetkik istenmesi durumunda bahse konu işlemlere ait masraflar; sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vemesi durumunda sigorta şirketi, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermemesi durumunda ise sigorta ettiren/sigortalı tarafından karşılanır.

15. Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, 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 sayılır.

16. Groupama Sigorta A.Ş. ürün ve/veya kampanyaları ile ilgili pazarlama ve tanıtım faaliyetlerine yönelik aşağıdaki kanalları ile haberdar olmaya izin vermiyorum:

- a) SMS ile iletişime izin vermiyorum
- b) E POSTA ile iletişime izin vermiyorum
- c) TELEFON ile iletişime izin vermiyorum

Ad-Soyad:

İmza:

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 yaşanan il, 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 her bir sigortalı için uygulanmıştır:

1. Groupama Sigorta Ömür Boyu Yenileme Garantisi hak etmiş kişiler dışında azami %50 hasar ekprimi uygular.
2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı olmayan kişiler için Ayakta+Yatarak tedavili planlarda (Pozitif K, K1, K2, E, G, Pozitif Alternatif F) sigortalının son yıl hasar / prim oranına bağlı olarak indirim veya ekprim uygulanır.
3. Sigortalıya Ömür Boyu Yenileme Garantisi aldıktan sonra H/P oranına bağlı herhangi bir indirim veya ekprim uygulanmayacaktır.
4. Sadece yatarak tedavili planlarda (Pozitif Turkuaz) Ömür Boyu Yenileme Garantisi almadan önce veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi aldıktan sonra kullanıma bağlı olarak herhangi bir indirim veya ekprim uygulanmayacaktır.
5. Ayakta tedavili plan grubundan sadece yatarak tedavili plan grubuna geçişlerde H/P oranına bağlı ekprim uygulanacak, indirim uygulanmayacaktır.
6. Hastalık Ek primi: Risk değerlendirmesi sonucunda belirlenen, sigortalının riski yüksek olan hastalıklarının teminat altına alınması durumunda uygulanan ekprimdir. Sigortalının hastalık/rahatsızlıkları için hastalık başına %5-%50 aralığında hastalık ek primi uygulanabilecektir. (Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan sigortalılarda bu garantiyi aldıktan sonra ortaya çıkan rahatsızlıklar için hastalık ek primi uygulanmaz.)
7. Sigortalının ikamet iline göre il indirimi uygulanır. İl indirimi uygulanan sigortalıların toplam hasar tutarının % 50' si il indirimi verilmeyen şehirlerde gerçekleşirse bir sonraki yıl il indirimi verilmeyecektir.
8. Yenileme priminin belirlenmesinden sonra bir önceki poliçeye ait tazminat talebi oluşur ve bu tazminat sonucunda yenileme priminde bir değişiklik söz konusu olursa sigortacı ek prim alabilir veya sözleşmeyi fesh edebilir.

F- TEMİNAT BİLGİLERİ

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

	Yatarak Tedavi		Ayakta Tedavi		Annelik	
	Limit	Katılım Payı	Limit	Katılım Payı	Limit	Katılım Payı
Pozitif Turkuaz	Limitsiz	Yok	-	-	-	-
* Pozitif Alternatif F	Limitsiz	Yok	Limitsiz	%20	-	-
Pozitif K	Limitsiz	Yok	3.750	%20	6.500	%20
Pozitif K1	Limitsiz	Yok	2.500	%20	5.000	%20
Pozitif K2	Limitsiz	Yok	1.500	%20	1.750	%20
Pozitif E	Limitsiz	Yok	Limitsiz	%20	10.000	%20
Pozitif G	Limitsiz	Yok	Limitsiz	Yok	10.000	Yok

*Pozitif Alternatif F ürünü için geçerli anlaşmalı kurum ağına www.groupama.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz. bu network'ün dışında kalan kurumlarda %50 katılım payı bulunmaktadır. Bu plan yurtdışında geçerli değildir.

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 önceliklere 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. Pozitif Alternatif F ürünü Alternatif Plan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları'nda geçerlidir. Alternatif Plan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları dışında yapılan masraflar için ayakta ve yatarak tedavi teminatları % 50 katılım paylıdır. Poliçe kapsamındaki aşı bedelleri Alternatif Plan Anlaşmalı Sağlık Kurumu olması şartı aranmaksızın bu ürüne ait ayakta tedavi teminatı katılım payı doğrultusunda küpür kadar ödenir.

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 değerlendirilerek onaylanan tutarı doğrudan Anlaşmalı Kuruma yapabilir.
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 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; hesap sahibine ait (banka adı, şube kodu, şube adı, hesap ve IBAN numarası bilgilerinin gönderilmesi gerekmektedir.
6. Özel Sağlık Sigortası Planlarımız (Pozitif Alternatif F haricinde) haricinde poliçede belirtilen limit ve muafiyetler dahilinde tüm dünyada geçerlidir. Ancak, Türkiye dışında yapılacak tedavi masrafları; Yurtdışında gerçekleşen ayakta/yatarak teşhis ve tedavi masraflarına ait belgeler İngilizce ve Fransızca dışında bir dil ile düzenlenmişse bu belgelerin Türkçe'ye çevirisi yeminli tercümana yaptırıldıktan sonra tazminat talebinde bulunulması gereklidir. Poliçe vadesi içinde Türkiye sınırları dışındaki toplam kalış süresi maks. 180 gün ile sınırlıdır.

J- ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

1. Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 işgünü içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.

Adres : Groupama Plaza Eski Büyükdere Cad. No: 2 34398 Maslak - İstanbul

Tel. No : 0850 250 50 50 - (212) 367 67 67 & Faks: (212) 367 68 68

E-mail : sigorta@groupama.com.tr

Sigorta Ettirenin Adı, Soyadı ve İmzası

.....

Sigortacı veya Acentenin Kaşesi ve Yetkilinin İmzası

.....



Groupama Sigorta A.Ş. Mersis No: 0144003789300010