

Önce Sağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Bilgilendirme Formu

En az iki nüsha olarak düzenlenen 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, 14.02.2020 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

İşbu form, taraflarca imza edilmiş olsa bile, taraflar arasında ayrıca bir teklife konu edilmiş ve/veya sigorta sözleşmesi ile sonlanmış olmadıkça, tek başına hiçbir şekilde bir teklif veya sözleşme anlamına gelmez.

A. Sigortacı ve Acenteye İlişkin Bilgiler

İlgili alanlar Sigortacı ve acente tarafından doldurulacaktır.

Sözleşmeye aracılık eden Sigorta Acentesinin;

| | |
|---------------|-------------------|
| Ticari Unvanı | _____ |
| Levha No. | _____ |
| Telefon No. | _____ _____ _____ |
| Faks No. | _____ _____ _____ |
| Adres | _____ |

Teminatı veren Sigortacı'nın;

| | |
|---------------|---|
| Ticari Unvanı | Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş. |
| Telefon No. | 0 212 393 16 00 |
| Faks No. | 0 212 292 87 61 |
| Adres | Orjin Maslak İş Merkezi, Eski Büyükdere Cad. No: 27 Kat: 12-13 34485 Sarıyer / İstanbul |

B. Uyarılar

1. Sigorta sözleşmeleri, poliçe başlangıç tarihinden sonra oluşan riskleri, sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içerisinde, bekleme süreleri dikkate alınarak poliçede belirtilen teminatlar, Türk Ticaret Kanunu ("TTK"), Genel Şartlar ve Poliçe Özel Şartları kapsamında teminat altına alır. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi almak ve teminat dışı halleri öğrenmek için, Sağlık Sigortası Genel Şartları'nı ("Genel Şart"), Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş. "Önce Sağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları" ve Şirketimizin web sitesinde (www.zurichyasam.com.tr) belirtilen Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesini dikkatlice inceleyiniz.

2. Sigortacı; Önce Sağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası anlaşmalı sağlık kuruluşlarını değiştirme hakkına sahiptir.

3. Aile fertlerinin tamamının poliçeye dahil olması halinde %10 aile indirimi uygulamamız bulunmaktadır. Ancak aile fertlerinin tamamının poliçeye dahil olmadığı tespit edilmesi durumunda prim yeniden hesaplanır ve gerekirse Sigortalı/Sigorta Ettiren'den ek prim ödemesi talep edilir.

4. Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksitinin, poliçenin tesliminde ödenmesi gerekir. Primin tamamı veya primin ilk taksiti ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi, Sigortacı'nın sorumluluğu başlamaz. Primin taksitle ödenmesinin kararlaştırıldığı hallerde, vadesinde ödeme yapılmaması durumunda poliçe teminatı durdurulur. 30 gün sonunda borç halen ödenmediyse, Sigortacı, Sigorta Ettiren'e 10 günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi halde süre sonunda poliçenin iptal edileceğini ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacı'nın, Sigorta Ettiren'in temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunu'ndan doğan diğer hakları saklıdır.

5. İleride doğabilecek ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı ve belgeleri saklamayı unutmayınız.

6. Sigortacı, bir tazminat talebinin işlem görmesi sırasında gerekli gördüğü takdirde, Sigortalı'yı belirleyeceği doktora muayene ettirme hakkına sahiptir. Ayrıca, Sigortacı, gerek görmesi halinde, Sigortalı'nın sağlık giderlerini ödemediği önce inceleme yaptırabilir.

7. Sigortalı'nın/Sigorta Ettiren'in poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak Sigorta Ettiren'e iade edilir. İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esasından hesap edilerek fazlası Sigorta Ettiren'e iade edilir.

İptal nedeniyle Sigorta Ettiren'e iade edilecek tutar, Sigortacı'nın hak kazandığı tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır.

- Sigortalı'ya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, Sigorta Ettiren'in ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek Sigorta Ettiren'e iade edilir .
- Sigortalı'ya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, ancak Sigorta Ettiren'in ödediği primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek Sigorta Ettiren'e iade edilir.
- Sigortalı'ya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını ve Sigorta Ettiren'in ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.

Bekleme Süreleri

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili müdahale ve yatarak tedavi giderleri, rahatsızlığın ani veya kaza sonucu ortaya çıkmasına bakılmaksızın Sigorta/Poliçe başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile kapsam dışındadır.

- Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat hastalıkları, varikosel,
- 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 vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri, endoskopik işlemler,
- Her türlü fıtık (kasık fıtığı, mide fıtığı vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları, katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları, pilonidal sinüs, tonsillit , geniz eti, sinüzit ve orta kulak cerrahisi,
- Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), varis (özefagus varisleri dahil), hidrosel, spermatosel,
- Organ yetmezlikleri, organ nakilleri,
- Göz hastalıkları (katarakt, göz tansiyonu, vb.),
- Tiroid hastalıkları, bademcik iltihabı, geniz eti, sinüzit, orta kulak ameliyatı,
- Mide, sindirim kanalı, bağırsak hastalıkları (anorektal hastalıklar dahil), pilonidal sinüs,
- Karaciğer hastalıkları, safra yolu hastalıkları,

Teminat Dışı Kalan Haller

Aşağıda belirtilen durumlar, tedaviler ve giderler, Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 2. ve 3. maddesine ek olarak sigorta teminatı dışında tutulmuştur. Sigortacı bunlardan dolayı yükümlülük altına giremez.

- Beyan edilmiş dahi olsa, Sigortalı'nın poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık giderleri, bunlara bağlı nüks ve komplikasyonları,
- SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı (işten ayrılma, prim ödenmemesi vb.) durumlarda meydana gelen sağlık giderleri,
- SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan, anlaşmalı kurumlarla yapılan protokol kapsamında kullanılan malzemeler dışında SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,

- Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri ile 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri,
- Ambulans ücretleri (şehir içi ve şehirdışı dahil),
- Her türlü diş tedavisi, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
- Gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları giderleri ile gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık, görme tembelliği ve bunlarla ilgili giderler,
- Yeşil alan uygulaması dahil ayakta tedavi teminatındaki her türlü ilaç masrafları, aşı giderleri, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontras maddeler, malzeme masrafları, yurt dışında gerçekleşen ve getirtilecek olan ilaç masrafları ile her türlü sağlık gideri, ortopedik ayakkabı, tabanlık, koltuk değneği, boyunluk, tekerlekli sandalye, korseler, buz kesesi vb. her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderler, işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.,
- Gündelik iş görememe, yol, gündelik bakım, rehabilitasyon (fizik tedavi hariç), check-up, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları vb. özel harcamalar,
- Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi tüp bebek, kısırlık tanı ve tedavisi, yardımcı üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis, suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.) kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri ile poliçe/sertifika üzerine yer alan teminat tablosunda aksi belirtilmediği sürece her türlü sünnet (fimosiz dahil) ile ilgili tüm giderler,
- Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklara (kolera, sıtma, kuş gribi, domuz gribi vb.) ait sağlık giderleri,
- Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişim, plastik cerrahi ameliyatları (poliçe döneminde oluşan kazaya bağlı durumlar hariç); burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme, telenjektazi, cilt hemangiomları, vitiligo, keloid, ksantelasma, skin tags, yüzeysel varis tedavileri, terleme tedavisi, jinekomiasti, poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her türlü estetik ve plastik operasyonlar, poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi pes planus ve halluks valgusa yönelik yapılan tüm işlemler,
- Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,
- Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasıyla ilişkin giderler,
- Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri, her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık ve geriatrik hastalıklar,
- Karayolları Trafik Kanunu hükümlerinde bahsi geçen, gerekli sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları,
- Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar,
- HIV pozitifliği ve HIV'in sebep olacağı AIDS, HIV virüsünün neden olabileceği tüm hastalıklar, genital kondilom, genital siğil, genital herpes, sifiliz, gonore, trikomoniasis ile ilgili olan her türlü test, tahlil ve tedavi masrafları,
- Koruyucu hekimlik hizmetleri, belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmadan veya tarama amaçlı yapılan tüm işlem giderleri (check-up, aşılama kontrol testleri, kanser markerleri) Araştırma ve Deneysel Amaçlı Tanı ve Tedaviler (Amerikan Food and Drug Administration) FDA kurumu tarafından

onaylanmamış, deneysel aşamada olduğu kabul edilen, bilimselliği henüz kanıtlanmamış tüm tanı ve tedavi giderleri, Yatış Gerektirmeyen Hastane Hizmetleri, Ayakta tedavi katılım payı faturaları, süreli iş yeri ve çalışan taramaları, diyetisyen, doktorların talep etmiş oldukları kendi uzmanlık alanıyla ilintili olmayan tetkik ve tedavi bedelleri, bir tıp doktoru tarafından yapılmayan tetkik ve tedaviler ile ilgili tüm giderler, kontrol amaçlı yapılan EBT (Electron Beam Tomografi), VCT (Volumetric Computed Tomography) ve kalsiyum skorlama tetkik bedelleri, sanal kolonoskopi, sanal anjio ve buna benzer tarama amaçlı tetkikler, robotik cerrahi cihaz kullanım bedeli,

- Profesyonel, amatör veya hobi amaçlı olsun olmasın tüm tehlikeli spor faaliyetleri ve/veya bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetlerden doğan masraflar (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçuş, ata binme, kayak yapma, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma vb.), profesyonel sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin her türlü gider,
- Omurga şekil bozuklukları tedavisi ile ilgili giderler, ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, septoplasti, nazal valv operasyonları) ile ameliyat ve girişimler,
- Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler),
- Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejunum-ileostomi, barsak kısaltılması vb.),
- SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen veya SGK'nın muadil malzeme fiyatları üzerinden ödeme yaptığı durumlarda Anlaşmalı Kurumlarla yapılan protokol dahilinde kullanılanlar dışında kalan her türlü malzeme ve ilaç, mama, tatlandırıcı, genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, ağız ve diş bakım aparatları, termometre ve vücut ısısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,
- Huzurevi, bakımevi, palyatif bakım merkezleri, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider (fizik tedavi dahil) ile sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider,
- Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur ve PRP (Platelet Rich Plasma-Trombosit Zengin Plazma) gibi alternatif tıp uygulamaları ve her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,
- Ses ve konuşma terapileri,

C. Genel Bilgiler

1. Tarafların, Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmamak ve Sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şart kararlaştırabilme hakkı vardır.
2. Sigortacı ("Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş."), poliçe başlangıç tarihinden sonra oluşan riskleri, sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içerisinde, Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK"), 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve buna ilişkin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında, Sigortacı'nın poliçede yer alan teminatlara özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarında alınan sağlık hizmetleri ile ilgili ilave ücret tutarlarını, bu kurum ve kuruluşlar ile Sigortacı arasında yapılabilecek anlaşmaya göre Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinde kalan tutarlarını, otelcilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarları ve poliçe özel şartlarıyla sınırlı olmak koşuluyla SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedellerini Sağlık Sigortası Genel Şartları, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ("Yönetmelik") ve poliçe özel şartlarına uygun olarak teminat altına alır.
3. Sigorta sözleşmesi sadece SGK tarafından kapsam altına alınmış ve GSS hak sahipliği olan kişiler için geçerli olup, GSS hak sahipliğini kaybeden kişiler poliçesi yürürlükte olsa dahi, GSS hak sahipliği aktif olmadığı sürece poliçe teminatlarından faydalanamazlar.

4. Önce Sağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında sadece Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları ve yabancı uyruklu kişiler sigortalanabileceklerdir. Bu poliçe sadece Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) sınırları dahilinde geçerli olup, yurt dışında geçerli olmayacaktır. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti yurt dışı olarak kabul edilmektedir.
5. Bu sigorta, ilk başvuru tarihinde 15 günü tamamlamış bebekler ile 59 yaş arasında kişileri teminat altına alır. Sigortaya 59 yaşından önce kabul edilmesi koşulu ile 70 yaşına kadar sigortalanabilir.
6. Poliçe süresi 1 yıldır. Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğlen saat 12.00'de başlar ve öğlen saat 12.00'de sona erer.
7. Sigorta sözleşme süresi 1 yıldır. Sigortacı'nın yaş, sağlık geçmişi, hasar/prim oranı, sağlık beyanı soruları, tazminat kullanımları gibi veriler üzerinden risk değerlendirmesi yapma hakkı saklıdır. Sigortacı'nın, risk değerlendirmesi sırasında Sigortalı'dan sağlık durumunun tespiti için doktor muayenesi ve ek tetkikler talep etmesi halinde, Sigortalı'nın geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda ve erişim sistemlerinin Sigortacı tarafından ulaştırılabilir olması kaydıyla bahse konu işlemlere ilişkin masraflar Sigortacı tarafından, aksi durumunda ise Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından karşılanır. Sigortacı risk değerlendirme sonucunda poliçeyi, aynı koşullarla yenileyebileceği gibi, istisna ve/veya indirim, ek prim ya da limitlendirme uygulayarak yenileyebilir veya yenilememe kararı verebilir. Sigortalı, vadesi dolan sağlık sigortası poliçesini, poliçe bitiş tarihini takiben 30 gün içinde yenilemelidir. Poliçe yenilemesinin 30 günü geçmesi durumunda Sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalanacak bir müşteri olarak kabul edilir. Yenileme primlerinin belirlenmesi sırasında; Sigortalı'nın yaşı, yaşadığı şehir, medikal enflasyon; Sigortalı özneline genel kriterlere ek olarak, Sigortalı'nın hasar/prim oranı, geçmiş sağlık bilgileri, seçtiği anlaşmalı kurum ağı gibi kriterler dikkate alınır. Ek olarak, limit, istisna ve/veya ek prim uygulaması için 10 hastalık için değerlendirme yapılır.
 - a. Her türlü kanser ve tümörler
 - b. Şeker hastalığı
 - c. Organ yetmezlikleri, organ nakilleri
 - d. Romatizmal hastalıklar
 - e. Omurga hastalıkları
 - f. İnme
 - g. Kardiyovasküler ve damar hastalıkları (hipertansiyon)
 - h. Kan hastalıkları
 - i. Beyin ve sinir sistemi hastalıkları
 - j. Alzheimer ve Parkinson
8. Bu sigortayla Yatarak Tedavi teminatı, Yatarak ve Ayakta Tedavi teminatları veya Yatarak Tedavi Artı teminatı sağlamaktadır. Teminatlara ilişkin detaylar Poliçe ve Poliçe Özel Şartlarında yer alacaktır. Sözleşmenin kurulması sırasında tercih edeceğiniz teminatların olası risklerinizi karşılayacak nitelikte olmasına dikkat ediniz.
9. Poliçeden kişi çıkışı sebebi ile iade edilecek tutarı poliçe özel şartlarına göre hesaplandıktan sonra, taksitli ödemelerde poliçenin vadesi gelmemiş ya da ödenmemiş prim taksitlerinden düşülür, peşin ödenmiş primlerde ise tutar direkt Sigorta Ettiren'e iade edilir.
10. Sigortalılar'ın (varsa) itirazlarını tazminat talebinde bulunmadan önce ve poliçe başlangıç tarihinden en geç 30 gün içinde bu itirazı Sigortacı'ya yapmadığı takdirde, poliçenin tüm özel ve genel şartları ile hakkında hüküm ifade etmesine rıza göstermiş sayılır.
11. Sigorta/Poliçe başvuruları Poliçe Özel Şartları, Genel Şartlar ile Sigortacı'nın tıbbi ve teknik risk değerlendirme esasları çerçevesinde değerlendirilecek ve geçerliliği belirlenecektir.

Sigortacı'nın poliçe primlerini değiştirme, limit, istisna ve/veya hastalık ek primi uygulama veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır. Başvuru aşamasında ödeme yapılması durumunda bu ödeme ancak başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilerek poliçenin tanzim edilmesi halinde prim ödemesi sayılacak, poliçe düzenlenmemesi durumunda ise Sigorta Ettiren'e iade edilecektir.

12. 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 Merkezi'nden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, Sigortalı'yı tedavi eden kişi, 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.

13. Sözleşme kurulmadan önce, başvuru formunda yer alan sorulara doğru cevap verilmesi, bilinen ve bilinmesi gereken bütün hususların bildirilmesi, eksik ve yanlış bilgi vermektan kaçınılması ve poliçenin devamı sırasında verilen bilgilerde değişiklik olması halinde Sigortacı'nın derhal bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Bu yükümlülüğün ihlali halinde Sigortacı'nın teklifi reddetme, sözleşme kurulmuşsa sözleşmeden cayma, ek prim almak suretiyle sözleşmeye devam etme, kendisine bildirilen değişiklikleri değerlendirerek ayarlama şartına bağlı olarak prim artışı yapma limit veya muafiyet uygulama hakları saklıdır. Sigorta Ettiren'in Sigortacı'yı bilgilendirme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmemesi halinde, tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabilir.

14. Önce Sağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile verilen teminatlar aşağıda belirtilmektedir.

Yatarak Tedavi*

Yatarak Tedavi teminatı, poliçe/sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, tıbben gerekli olan cerrahi ve/veya dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi giderleri ile Sigortalı'nın hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık giderleri ve küçük müdahale giderlerinin poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları çerçevesinde karşılanmasını kapsar. Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri yıllık poliçe limiti dahilinde ödenir.

Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır. Yatarak tedavi giderleri devam ederken poliçenin bitmesi ve yenilenmemesi durumunda ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 gün süreyle poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat kapsamındadır.

Bu teminatın kullanılabilmesi için; Sigortalı'nın Anlaşmalı Kurum Listesi'nde yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması veya Ankara TOBB ETÜ Özel Hastanesi'nde tedavi görmesi gerekmektedir. Ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir. Yatarak tedavi teminatı kapsamındaki sağlık giderleri, tüm anlaşmalı kurumlarda bir yıllık sigorta süresi içinde 180 gün ile sınırlıdır. Anlaşmalı Kurum bulunmayan illerde Yatarak Tedavi 20.000 TL limit dahilinde ve işlem başına maksimum 4 SUT olarak ödenir.

Evde Bakım Teminatı*

Sigortalı'nın Evde Bakım teminatından yararlanabilmesi için, trakeostomili, sık orotrekeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN / IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatör'e bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları ve ağrı protokolünün uygulanıyor olması gereklidir.

Sigortalı'yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi halinde ve Sigortacı'nın onaylaması şartıyla, Sigortalı'nın Evde Bakım Tedavi organizasyonu ve oluşan masraflar poliçede belirtilen limitte ve 90 günle sınırlı olacak şekilde özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

Kronik rahatsızlık sebebiyle ihtiyaç duyulan özel bakım masrafları bu teminat kapsamında değildir. (uygun diyet, yiyecek, kişisel hijyen vb.)

Ayakta Tedavi*

Ayakta tedavi, poliçe/sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi teminatlarından oluşur. Bu teminatın kullanılabilmesi için; Sigortalı'nın Anlaşmalı Kurum Listesi'nde yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması veya Ankara TOBB ETÜ Özel Hastanesi'nde tedavi görmesi gerekmektedir. Ayakta tedaviler kapsamında sadece doktor muayene tek başına kullanılabilir. Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışıdır. Ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir. Anlaşmalı Kurum bulunmayan illerde Ayakta Tedavi 2.000TL limit dahilinde ve işlem başına maksimum 4 SUT olarak ödenir. Ambulans hizmeti ve anlaşmalı kurumlar dışında yapılan her türlü harcama poliçe kapsamı dışındadır, ödeme yapılmaz. (Özel şartlarda belirlenen ayırık durumlar saklıdır)

Diğer Teminatlar*

Fizik Tedavi Teminatı: Hekim tarafından belirtilen fizik tedavi seansları ve rehabilitasyon giderleri ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın yıllık poliçe limiti dahilinde ödenir ancak bu halde fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri(yatarak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi)karşılanmaz.

Anlaşmalı kurum bulunmayan illerde işlem başına 4SUT ve poliçenizde belirtilen limit dahilinde ödenir.

Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir.

Acil Müdahale: Teminat kapsamında olan bir rizikonun gerçekleşmesi neticesinde, Sigortalı'ya ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı durumda hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilebileceği, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda anlaşmalı sağlık kurumlarında yapılan sağlık giderlerini kapsar.

* Başvuru formunda seçeceğiniz plana göre teminat tablosu oluşturularak poliçe/sertifikanız üzerine belirtilecektir.

15. Anlaşmalı sağlık kurumları Sigortacı'nın kurumsal internet sitesi olan www.zurichyasam.com.tr adresinde detaylı bir şekilde belirtilmekte, düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir. Bunun dışında bilgi almak için Acentenizi veya 0850 250 75 00 nolu numaradan Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş. Müşteri Hizmetlerini de arayabilirsiniz. Hastaneye gitmeden önce www.zurichyasam.com.tr adresinde yer alan Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesinden tercih etmiş olduğunuz kurumun poliçenizde geçerli olup olmadığını kontrol etmenizi önemle rica ederiz.

16. Poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan "Sağlık Tarife Primi"; seçilen teminatlara, Sigortalı'nın yaşına, ikametgâh adresi gibi risk profili özelliklerine göre farklılık gösterir. Sigortacı tarife primini periyodik aralıklar ile portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu ve ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak güncelleyebilir.

17. Sigortalı/Sigorta Ettiren/Lehtar/Hak Sahibi sıfatını haiz olduğunuz sigorta ilişkisinde tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermeniz durumunda, tazminatı eksik alma veya alamama hâlleri ortaya çıkabileceği gibi 30 Nisan 2011 tarihli ve 27920 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

18. Sigortaya ilişkin her türlü şikayet ve itirazlar için Tüketici Mahkemesine veya Tüketici Hakem Heyetine başvuruda bulunulabilir.

19. Diğer sigorta şirketlerinde Sigortalı iken o şirkette ki poliçelerini yenilemeyerek 30 günden fazla süre ara vermeden yeni dönemde ZURICH YAŞAM VE EMEKLİLİK A.Ş.'te bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmak isteyen 57 yaşından küçük kişilerin sağlık beyanları ve önceki sigorta şirketinden gönderilen geçmiş sigortalılık bilgileri incelenerek, uygun görülen Sigortalılar önceki sigorta şirketlerindeki yenileme garantisi hakları, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi olarak devralınarak sigortalanabileceklerdir. Diğer sigorta şirketlerinde en az tam bir yıl Sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek 30 günden fazla süre ara vermeden yeni dönemde ZURICH YAŞAM VE EMEKLİLİK A.Ş.'te bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmak isteyen 57 yaşından küçük kişilerden yenileme garantisi hakkı devralınmayan ya da önceki şirketinde yenileme garantisi verilmeyen kişilerin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi'ne hak kazanıp kazanmadıkları ile ilgili değerlendirme ZURICH YAŞAM VE EMEKLİLİK A.Ş.'deki 2. Yıllarının sonunda yapılacaktır. Bu Sigortalılar'dan 2. senelerinin sonunda son 2 yıl Hasar/Prim oranı ortalaması %100'ün altında olanlara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda belirlenecek şartlar dahilinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi verilecektir. 2. senelerinin sonunda Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi alamayan bu Sigortalılar'ın bir sonraki yıl Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi değerlendirmeleri yapılırken son 2 senelerindeki Hasar/Prim oranı ortalamasına bakılarak değerlendirme yapılacaktır.

20. Sigortacı, Sigortalı'nın kesintisiz olarak ZURICH YAŞAM VE EMEKLİLİK A.Ş.'te 3 yıl boyunca Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Önce Sağlık ürünü ile sigortaya devam etmesi, 57 yaşından önce sigorta kapsamına alınmış olması ve son üç yıl Hasar/Prim oranı ortalamasının %100'ün altında olması şartıyla, Sigortalı'nın sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın, maruz kaldığı tüm hastalık / rahatsızlıklarının Sigortacı'ya bildirmiş olduğu varsayımıyla Sigortacı tarafından mevcut sağlık durumu, sigorta poliçesi kullanım durumu, tercih ettiği anlaşmalı sağlık ağı ve mevcut istisnaları çerçevesinde yapılacak değerlendirme akabinde uygun bulunan Sigortalılar'a, Tamamlayıcı Sağlık Sigortalılarında "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" ("ÖBYG") verir. Yapılan inceleme sonucunda Sigortacı;

- Herhangi bir ek prim, limit veya istisna uygulamadan Tamamlayıcı Sağlık Sigortalılarında ÖBYG verebileceği gibi bu esnada, varsa mevcut limit, istisna ve/veya hastalık ek primleri tekrar değerlendirilebilir,
- Poliçeniz kapsamında ÖBYG hakkını kazanma tarihinden önce yine poliçe kapsamında oluşmuş riskler (tedavi ve hastalık gibi) değerlendirilerek, gerekirse belli hastalık/tedaviler için ek prim uygulanabilir ya da bu hastalık/tedaviler kapsam dışı bırakılmak sureti ile ÖBYG hakkı verilebilir.
- ÖBYG vermeyip her yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapabilir ve daha sonraki bir dönemde ÖBYG verebilir.
- Bu değerlendirmeyi yaparken Sigortalı'nın ilk sözleşme tarihinde geçerli olan özel şartlar ile ÖBYG'ye ilişkin bilgiler dikkate alınır. Söz konusu bilgiler ve değerlendirme şartları sonradan Sigortalı aleyhine değiştirilemez.
- Sigortalı/Sigorta Ettiren talebi olmadıkça ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limitleri düşürülmez, Sigortalı katılım payları arttırılmaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında Sigortalı aleyhine değişiklik yapılmaz.
- ÖBYG bulunan yenileme poliçelerine tazminat ek primi uygulanmaz. Ancak Sigortacı'ya poliçe öncesi ve poliçe sürecince maruz kaldığı tüm hastalık/rahatsızlıklarına ilişkin herhangi bir bildirim yapılmaması durumunda ÖBYG değerlendirmesi işbu özel şartların "Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi" maddesi kapsamında yapılır. Sigortacı, Sigortalı "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkını kazanana kadar, her yıl yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme sonucunda poliçeyi, aynı koşullarla yenileyebileceği gibi, istisna, limit, muafiyet ve/veya ek prim uygulayarak yenileyebilir veya yenilememe kararı verebilir. Tüm değerlendirmeler sırasında, Sigortacı'nın, Sigortalı'dan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimini isteme veya Sigortalı'yı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırmak hakkı saklıdır. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, Sigortalı'nın geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi ve erişim sistemlerinin Sigortacı tarafından ulaştırılabilir olması kaydıyla Sigortacı tarafından, aksi durumda Sigorta Ettiren/Sigortalı tarafından karşılanır. ÖBYG hakkı kazanmış Sigortalılar'ın yenileme primlerinin belirlenmesi sırasında; Sigortalı'nın yaşı, yaşadığı şehir, medikal enflasyon kriterleri dikkate alınır.

ÖBYG, kişiye özel olup bu hakkı kazanmış Sigortalı'ya aittir. Bu hakkı kazanan Sigortalılar poliçede ayrıca belirtilir.

21. Diğer sigorta şirketlerinde Sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek 30 günden fazla süre ara vermeden yeni dönemde ZURICH YAŞAM VE EMEKLİLİK A.Ş.'te bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmak isteyen 57 yaşından küçük kişilerin sağlık beyanları ve önceki sigorta şirketinden gönderilen geçmiş sigortalılık bilgileri incelenerek, uygun görülen Sigortalılar önceki sigorta şirketlerindeki yenileme garantisi hakları, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi olarak devralınarak sigortalanabileceklerdir. Diğer sigorta şirketlerinde en az tam bir yıl Sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek 30 günden fazla süre ara vermeden yeni dönemde ZURICH YAŞAM VE EMEKLİLİK A.Ş.'te bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmak isteyen 57 yaşından küçük kişilerden yenileme garantisi hakkı devralınmayan ya da önceki şirketinde yenileme garantisi verilmeyen kişilerin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi'ne hak kazanıp kazanmadıkları ile ilgili değerlendirme ZURICH YAŞAM VE EMEKLİLİK A.Ş.'deki 2. yıllarının sonunda yapılacaktır. Bu Sigortalılar'dan 2. senelerinin sonunda son 2 yıl Hasar/Prim oranı ortalaması %100'ün altında olanlara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda belirlenecek şartlar dahilinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi verilecektir. 2. senelerinin sonunda Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi alamayan bu Sigortalılar'ın bir sonraki yıl Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi değerlendirmeleri yapılırken son 2 senelerindeki Hasar/Prim oranı ortalamasına bakılarak değerlendirme yapılacaktır.

22. Şirketimizde kurumsal Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında olup, işten ayrılma, emeklilik veya grubun Şirketimizle yaptığı sözleşmenin sona ermesi durumunda bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçe başvurusu yapan kişiler için, herhangi bir sağlık sigortası Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olup olmadığı da dikkate alınarak, tıbbi risk değerlendirmesi yapılmaktadır. Bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesinin başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar için limit, muafiyet uygulanabilmekte veya bu hastalıklar için ek prim alınabilmektedir. Bazı ameliyatlar için geçerli olan 3 aylık bekleme süresi ise kurumsal özel sağlık ya da kurumsal Tamamlayıcı Sağlık Poliçesi'nde 3 ayını tamamlayan Sigortalı'lar için uygulanmamaktadır.

23. Yeni doğan bebekler ve evlat edinmelerde doğum ve evlat edinme tarihi itibarıyla 15 gün risk analizi değerlendirmesi yapılarak Sigorta Ettiren'in 18 yaşından büyük ve aynı poliçede Sigortalı olması durumunda aile poliçesine eklenerek sigortalanır. 0-17 yaş çocuklar tek başına sigortalanamaz. Aile üyelerinin poliçe başlangıç tarihinden sonra dahil edilmesi ilk iki ay içinde mümkündür. Bunun dışında sadece evlilik, yeni doğum ya da evlat edinme olması koşulu ile ve evlilik, doğum ya da evlat edinmeden sonra ancak ilk iki ay içerisinde aile cüzdanı ve/veya doğum belgesi, evlat edinme belgelerinin iletilmesi sureti ile aile poliçesine dahil edilmesi mümkündür. Aksi takdirde bir sonraki yıl poliçeye dahil edilir. Primler her bir birey için ayrı hesaplanır.

D. Rizikonun Gerçekleşmesi

1. Tazminat başvurusu için gereken bilgi ve belgeleri poliçeniz ile birlikte isteyiniz.
2. Tazminat başvurusu esnasında Sigortacı'nın yönlendirmesi çerçevesinde hareket ediniz.
3. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, poliçe koşulları çerçevesinde tazminat ödeme borcu Sigortacı'ya aittir.

E. Tazminat Ödemesi

1. Rizikonun gerçekleşmesi halinde Sigortacı'nın ödemeyi taahhüt ettiği tutar, www.zurichyasam.com.tr adresinde yazılı olan Anlaşmalı Kurum Listesi'nde teminatlar, limitler ve ödeme yüzdeleri ile sınırlı olup tazminat talebi, Türk Ticaret Kanunu, Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları kapsamında değerlendirilir. Katılım payları ve teminat limitinin üzerindeki harcamalar Sigortalı'nın sorumluluğundadır.

2. Anlaşmalı Kurum Listesi'nde yer alan sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri, kurum ile yapılan sözleşme çerçevesinde doğrudan anlaşmalı kuruma ödenir.
3. Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz şekilde Sigortacı'ya ulaşmasından itibaren Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Türk Ticaret Kanunu'nda öngörülen süreler içinde Sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.

F. Şikayet ve Bilgi Talepleri

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

Müşteri İletişim Merkezi: 0850 250 75 00

Adres: Orjin Maslak İş Merkezi, Eski Büyükdere Cad. No: 27 Kat: 12-13 34485 Sarıyer / İstanbul

Sigortacı; Tahkim sistemine üye değildir.

G. Tebligat

Sigorta Ettiren/Sigortalı'ya ait poliçede yer alacak olan iletişim bilgileri (adres, e-posta ve GSM) doğru ve tam olarak kabul edilecektir. Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın iletişim bilgilerinin Sigortacı'ya doğru veya tam olarak bildirmemiş olması, poliçedeki hatalı ve/veya eksik iletişim bilgilerinin düzeltilmesinin talep edilmemesi, poliçedeki iletişim bilgilerinin değişikliği için Sigortacı'ya yazılı olarak bildirimde bulunulmaması durumlarında, poliçe üzerinde kayıtlı olan son iletişim adresi ve/veya GSM numarasına gönderilecek bildirimler, Sigorta Ettiren/Sigortalı'ya yapılmış geçerli bir tebligat olarak kabul edilecek olup bu tebligat tüm sonuçları ile hüküm ifade edecektir.

Aracı Kaşe ve İmzası

Sigorta Ettiren*

Adı Soyadı/Unvanı

Tarih

İmza

* Sigorta Ettiren tüzel kişi ise kaşe ve temsile yetkili kişi imzası alınmalıdır.