

UNISAĞLIK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI YATARAK TEDAVİ BİLGİLENDİRME FORMU

Unisağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yatarak Tedavi Bilgilendirme Formu ("Form"), 6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun 1423. maddesine ve 14.02.2020 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik'e istinaden sigorta ettiren/sigortalıyı bilgilendirme yükümlüğünün yerine getirilmesi amacı ile hazırlanmıştır.

A. SİGORTACI ve ACENTEYE İLİŞKİN BİLGİLER

1. Sözleşmeye aracılık eden Acente'nin:

Ticaret Unvanı:
Adresi:
Tel No:
TOBB Levha Kayıt No:
MERSİS No:
KEP Adresi:

2. Teminatı veren Sigortacı'nın:

Ticaret Unvanı:
Adresi:
Tel No:
MERSİS No:
KEP Adresi:

B. UYARILAR

- Sigorta sözleşmeleri, poliçe başlangıç tarihinden sonra oluşan riskleri, sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içerisinde, poliçede belirtilen teminatlar, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu ("TTK"), Sağlık Sigortası Genel Şartları ("Genel Şartlar") ve Unisağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yatarak Tedavi Özel Şartlar ("Poliçe Özel Şartları") kapsamında teminat altına alır. Unisağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yatarak Tedavi ürünü hakkında daha ayrıntılı bilgi almak ve teminat dışı halleri öğrenmek için, Genel Şartlar, Poliçe Özel Şartları ve Unico Sigorta A.Ş.'nin ("Unico Sigorta" veya "Şirket") www.unicosigorta.com.tr adresli internet sitesinde yer alan Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesini dikkatlice inceleyiniz.
- TTK'nın 1421. maddesi uyarınca Sigortacı'nın sorumluluğu, sigorta sözleşmesinin kurularak poliçenin teslim edilmiş olması halinde, sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde sigorta priminin ilk taksitinin ödenmesi ile başlar. Primin tamamı veya peşinatın ödenmemesi halinde, poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz. İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, Sigortacı, Sigorta Ettiren'e 15 (on beş) günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi halde sözleşmenin 30. gün sonunda feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur.
- İleride doğabilecek hukuki ihtilafları önlemek için, peşin veya taksitle yapılacak prim ödemelerinizde ödeme belgesi almayı unutmayınız.
- Sigorta Ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan prim ödeme vadeleri kesin vade niteliğindedir. Sigorta Ettiren, prim taksitlerinin herhangi birini kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer ve TTK'nın temerrüde ilişkin 1434. maddesi uygulanır. Sigortacı'nın, Sigorta Ettiren'in temerrüdü nedeniyle 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu'ndan doğan diğer hakları saklıdır.
- Sigorta Ettiren'in, poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde yazılı olarak iptal 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. Poliçenin başlangıç tarihinden itibaren 30 (otuz) günlük sürenin dolmasından sonra ve/veya talep tarihine kadar herhangi bir tazminat ödemesinin yapılmış olması halinde prim iade tutarı, 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 aşıyor, ancak Sigorta Ettiren'in ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen 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 aşıyorsa prim iadesi yapılmaz. Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmın tamamı muaccel hale gelir.

- Poliçe başvuruları, Poliçe Özel Şartları, Genel Şartlar ile Unico Sigorta'nın tıbbi ve teknik risk değerlendirme esasları çerçevesinde değerlendirilecektir. Unico Sigorta'nın poliçe primlerini değiştirme, hastalık istisnası ve/veya hastalık ek primi uygulama veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.
- Sigortalıların (varsa) itirazlarını tazminat talebinde bulunmadan önce ve poliçe başlangıç tarihinden itibaren en geç 30 (otuz) gün içerisinde bu itirazı Unico Sigorta'ya bildirmesi gerekmektedir. Aksi durumda poliçenin tüm özel ve genel şartları ile hüküm ifade etmesine rıza göstermiş sayılır.
- Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü ile ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, özel nitelikli kişisel veri statüsünde olan sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık Kanununun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.
- Sözleşme kurulmadan önce, Sigortacı tarafından sorulan sorulara doğru beyanda bulunulması, bilinen ve bilinmesi gereken bütün hususların bildirilmesi, eksik ve yanlış bilgi vermekten kaçınılması ve sözleşmenin devamı süresince değişen durumlara ilişkin sigortacının bilgilendirilmesi, riziko gerçekleştiğinde Sigortacı'ya derhal bilgi verilmesi gerekmektedir. Bu yükümlülüğün ihlali halinde Sigortacı'nın teklifi reddetme, sözleşme kurulmuşsa sözleşmeden cayma, sözleşmeyi feshetme, hastalık ek primi almak suretiyle sözleşmeye devam etme, prim artışı yapma veya hastalık istisnası uygulama hakları saklıdır. Bu çerçevede, istenilen prim farkının 10 (on) gün içinde kabul edilmemesi hâlinde, sözleşmeden cayılmış sayılır. TTK'nın 1435. maddesi uyarınca beyan yükümlülüğünün sigorta ettiren/sigortalı tarafından gereği gibi yerine getirilmemesi halinde, tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabilir.
- Yenileme dönemlerinde kullanım istatistikleri, enflasyon ve benzeri kriterler esas alınarak Sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme kapsamında ilgili poliçede yer alan teminatlara ilişkin sigorta bedellerinde artışlar yapılabilir. Ayrıca teminatlarda, indirim ve/veya ek prim oranlarında değişiklik yapılabilir.
- 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 (üç) aylık bekleme süresi boyunca teminat kapsamı dışındadır. Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dahil edilmesinden itibaren en az 6 (altı) ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Doğum teminatı kapsamındaki tüm giderler, bu teminatın Sigortacı'da ve bu üründe bir önceki yıl da seçilmesi kaydıyla geçerli olup, teminata ilişkin giderler, seçildiği ilk yıl kapsam dışındadır.
- Tamamlayıcı sağlık sigortası ürününde, Sigortalı olunmadan önce var olan mevcut rahatsızlık ve hastalıklar ile bunların periyodik devamlılık ve nüksleri ile bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlara ilişkin tüm giderler kapsam dışı olup aşağıda detayı belirtilen Hastalık/Risk Grupları'ndan herhangi birine sahip olan kişiler bu ürün kapsamında sigortalanamaz. Hastalık/Risk Grupları; Tüm Malign (Her türlü kanser, kötü huylu/seyirli tümör, kitle vb.) hastalıklar, organ yetmezlikleri, eksiklikleri, anomalileri ile organ nakil hastaları vb., kronik akciğer, kronik karaciğer ve kronik böbrek hastalıkları (Diyaliz Hastaları, Tek Böbrekçiler, Polikistik Böbrek, Nefrotik Sendrom, Tüberküloz, Sarkoidoz, Amfizem, Hepatitler, Siroz vb.), Kalp (Hipertansiyon, Vaskülitler, Anevrizmalar, Malformasyonlar vb.), kas iskelet sisteminin kronik hastalıkları (Myastenia Gravis, Konjenital Miyopatiler, Musküler Distrofiler vb.), merkezi sinir sisteminin organik ve ilerleyici hastalıkları (Epilepsi, Felç, Alzheimer, Parkinson, Serebral Palsi, Multipl Skleroz vb.), sindirim sisteminin kronik enflamatuvar hastalıkları (Crohn, Ülseratif Kolit, Pankreatit vb.), psikolojik/psikotik hastalıklar (Major Depresyon, Psikozlar, Bipolar Bozukluklar, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Yeme Bozuklukları vb.), motor gelişme gerilikleri, alkol, uyuşturucu ve madde bağımlılığı, metabolik ve endokrin hastalıklar (Addison Hastalığı, Cushing Sendromu, Obezite, Diabet, vb.), kalıcı beyin, omurilik hasarı, multiple travma ve ciddi yanıklar vb., kan-kan yapıcı organların hastalıkları, kanama ve pıhtılaşma bozuklukları (Hemofili, Polisitemi, Trombositopeni, Majör Thalessemi, Orak Hücreli Anemi, ITP (İdiyopatik Trombositopenik Purpura, Aplastik Anemi vb.), romatizmal ve kollajen doku hastalıkları (Romatoid artrit, SLE, ankilozan spondilit, FMF, amiloidoz, behçet vb.), bağışıklık sistemi bozuklukları (AIDS, Immünglobülin eksiklikleri, çölyak vb.), doğumsal, genetik-ailevi hastalıklar (Protein, Karbonhidrat, Lipid Metabolizma Bozuklukları, MEN Sendromları, Kistik Fibrozis, Polipozis vb.), VKİ=Kilo/((boy) x (boy)) indeksinin 36 yaş ve üstünde veya 15 yaş ve altında olması (18 yaş ve üstü kişiler için geçerlidir), prematüre doğum (34 hafta ve/veya 2 kg altındaki yeni doğanlar), tam görme ve işitme kaybı olanlar.

C. GENEL BİLGİLER

1. TEMİNATLAR

İşbu Unisağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yatarak Tedavi ürünü ile kapsam altına alınan teminatlar, teminat

tutarları poliçe ve ekinde yer alan Teminat Tablosu'nda belirtilmiş olup söz konusu teminatlar için poliçe ekinde yer alan özel şartlardaki hükümler uygulanacaktır.

Sağlık sigortası teminatı, Sigortalı'nın sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan rahatsızlıklarına ait sigorta süresi içinde gerçekleşen sağlık giderlerini, Genel Şartlar ve Poliçe Özel Şartları çerçevesinde ve poliçe ekindeki Teminat Tablosu'nda belirtilen limit ve katılım payı oranında tazmin etmeye yöneliktir.

2. TEMİNAT DIŞI HALLER

Teminat dışı haller, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Sigortacı tarafından hazırlanan Poliçe Özel Şartları'nda yer almaktadır. Sigortacı, yenileme dönemlerinde teminatları, teminat limitlerini ve teminatlara bağlı baz primleri belirleyebilir. TTK, Genel Şartlar ile Poliçe Özel Şartları'nda belirtilen Teminat Dışı Haller (standart istisnalar ve bekleme süreleri) maddesinde belirtilen durumlar için hasar tazminat ödemesi yapılmaz.

3. PRİM

3.1. TARİFE PRİMİ

Bilimsel kabul görmüş ya da Unico Sigorta nezdinde tecrübe edilen aktüeryal metodolojiler baz alınarak geçmişin, bugünün ve geleceğin frekans, şiddet ve benzeri etkileri gözetilerek hesaplanan baz primdir.

3.2. POLİÇE PRİMİ

Tarife primleri baz alınarak, Poliçe Özel Şartları'nda yer alan "Prime İlişkin Düzenlemeler" maddesinde tanımlanmış ek prim ve/veya indirimlerin (dönemsel indirimler hariç) uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen primi ifade eder.

3.3. ÖDENECEK POLİÇE PRİMİ

Poliçe primleri baz alınarak, Poliçe Özel Şartları'nda yer alan "Prime İlişkin Düzenlemeler" maddesinde tanımlanmış tüm dönemsel indirimlerin uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen ödenecek primi ifade eder.

4. AZAMI İYİ NİYET PRENSİBİ

Sigortacı, sigorta sözleşmesini ve sözleşme şartlarını Sigorta Ettiren'in beyanına dayalı olarak oluşturmaktadır. Bu nedenle Sigorta Ettiren, Başvuru Formu ile bunu tamamlayıcı belgelerde doğru bilgi vermek/beyanda bulunmak ve sigorta sözleşmesinin konusunu teşkil eden sigorta sözleşmesi talebinin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları eksiksiz olarak beyan etmekle yükümlüdür.

Bu çerçevede azami iyi niyet prensibi, sorulmuş olsa da olmasa da Sigorta Ettiren'in sigorta sözleşmesinden yararlanacak tüm Sigortalıların, geçmiş ve mevcut hastalıkları ve sağlık durumu ile ilgili tüm bilgileri tam ve yanılmaya mahal vermeyecek şekilde, gönüllü olarak Sigortacı'ya bildirmesidir.

D. RİSK KABUL VE PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Sigortacı, sigorta sözleşmesinin kurulması aşamasında Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren'in ilk başvurusunda Başvuru 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'nın 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. Başvurunuzun değerlendirme sonucu hakkında satış kanalınız aracılığı ile bilgi alabilirsiniz.

Yeni doğan bebeğinize ait başvuruyu, bebeğinizin doğum tarihinden 14 (ondört) gün sonra yapabilirsiniz. Bebeğiniz, Sigortacı'nın 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.

Ödenen Tazminat / Ödenecek Poliçe Primi ("T/P") oranına bağlı indirim Sigortacı'nın bu uygulamanın bulunduğu bireysel sağlık poliçe yenilemelerinde uygulanır. T/P oranına bağlı indirim uygulaması giriş kademesi ve 5 (beş) adet indirim kademesi ile beraber toplam 6 (altı) kademededen oluşmaktadır. İlk defa sigortaya dahil olup yeni iş kapsamında değerlendirilen sigortalılar, bu uygulamaya giriş kademesinden (6. kademe) başlar. Sigortalı'nın

yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile T/P oranının değerlendirilmesi sonucu, yenileme poliçesinin kademesi belirlenir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi, Sigortalı'nın, kesintisiz 3 (üç) yıl süreyle sigortalı kaldığı ve bu süre içerisinde T/P ortalamasının %80'in altında olması durumunda ve "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesine uygun davrandığı hallerde, Sigortacı 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.

Diğer sigorta şirketlerinden yapılacak geçişlerde, geçiş (transfer) talepleri, Poliçe Özel Şartları'nın "Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar" maddesi çerçevesinde değerlendirilecek olup, Sigortacı tarafından başvurunun onaylanması halinde geçerli olacaktır. Poliçenin geçiş olarak değerlendirilebilmesi için herhangi bir sağlık sigorta poliçesinde sigortalı olunması ve poliçeden çıkış tarihi itibarıyla en geç 30 (otuz) gün içinde sigortalanması şartı ile mümkün olacak ve kazanılmış haklar korunabilecektir.

Sigortalı tarafından Anlaşmalı Kuruma başvurulması ve Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK") güvencesi kullanılması halinde, Sigortacı tedavi masraflarına yönelik ödemeyi, Poliçe Genel Şartları, Poliçe Özel Şartları ile Poliçe ekinde yer alan Teminat Tablosu ve Anlaşmalı Kurum ile yapılan sözleşme çerçevesinde doğrudan Anlaşmalı Kuruma yapacaktır.

E. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

Sigortalı tarafından Anlaşmalı Kuruma başvurulması ve Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK") güvencesi kullanılması halinde, Sigortacı tedavi masraflarına yönelik ödemeyi, Poliçe Genel Şartları, Poliçe Özel Şartları ile Poliçe ekinde yer alan Teminat Tablosu ve Anlaşmalı Kurum ile yapılan sözleşme çerçevesinde doğrudan Anlaşmalı Kuruma yapacaktır.

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 talebi, azami 5 (beş) iş günü içinde değerlendirilir. Genel Şartlar 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.

Hak sahipleri poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için, ilgili belgeleri Sigortacı'ya teslim etmekle yükümlüdür. Tazminat başvurusu için gereken bilgi ve belgelere ilişkin detayı, poliçenin hazırlanmasını müteakip Sigortacınızdan isteyebilir veya Unico Sigorta'nın internet sitesinden temin edebilirsiniz. Rizikonun gerçekleşmesi durumunda, gerekli bilgi ve belgelerle birlikte işbu Form'un ilk sayfasında iletişim bilgileri yer alan Sigortacı'ya başvuruda bulununuz.

Tamamlayıcı sağlık sigortası için ödenen primler vergiye esas matrahtan düşülebilir. Detaylı bilgi için lütfen Sigortacınıza danışınız.

F. VERGİ UYGULAMASI

Tamamlayıcı sağlık sigortası için ödenen primler vergiye esas matrahtan düşülebilir. Detaylı bilgi için lütfen Sigortacınıza danışınız.

G. TAHKİM SİSTEMİNE ÜYELİK

Sigortacı;

☐ Tahkim Sistemine Üye ☒ Tahkim Sistemine Üye Değil

H. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleriniz ve şikayetleriniz için işbu Form'da yazılı adres, e-posta adresi ve telefon numaraları aracılığıyla Sigortacı'ya ulaşabilirsiniz. Bilgi talepleriniz ve şikayetlerinizin Sigortacı'ya ulaşmasından itibaren en geç 15 (onbeş) gün içinde (Sigortacı tarafından gerekli görülmesi halinde araştırma sürecinin sonlandığı

tarihten itibaren) tarafımıza verdiğiniz iletişim bilgileri; bu bilgilerin verilmemiş olması halinde ise Sigortacı tarafından bilinen en son iletişim bilgileriniz kullanılarak cevap verilecektir. Sigorta sözleşmesinden kaynaklanacak her türlü uyuşmazlıkta, her yıl ilan edilen parasal sınırları dikkate alarak Tüketici Mahkemesi'ne veya Tüketici Hakem Heyeti'ne başvuruda bulunabilirsiniz.

**Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı
İmza, Tarih**

**Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı,
İmza, Tarih**