

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

ACENTE UNVANI: ..... ACENTE KODU: ..... ELEMEN KODU: .....

**SİGORTA ETTİREN**

ADI SOYADI : ..... ADRESİ : .....  
İŞ TELEFONU : ..... : .....  
EV TELEFONU: ..... : .....  
GSM : ..... E-POSTA : .....@.....  
POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ VERGİ KİMLİK NO: .....  
...../...../..... T.C. KİMLİK NO : .....

**TAZMİNAT ÖDEMELERİ İÇİN**

BANKA ADI ŞUBE ADI HESAP NUMARASI IBAN NO HESAP ADI SOYADI  
.....

**SAĞLIK SİGORTA KAPSAMINA ALINACAK FERT VE AİLE BİREYLERİ İÇİN**

YAKINLIK DERECESESİ	CİNSİYETİ	DOĞUM TARİHİ	BOY (cm)	KİLO (gram)	MEDENİ HALİ	MESLEK	GEÇİŞ	YENİLEME	İLK YIL	MERİYET
FERT	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	...../...../.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADI SOYADI : ..... GSM : .....  
İŞ TELEFONU : ..... E-POSTA : .....@.....  
EV TELEFONU: ..... T.C. KİMLİK NO: .....

**SEÇİLEN PLAN**

YATARAK  .....  
AYAKTA  .....  
LİMİTSİZ ANNELİK  .....

**RİSK ANALİZİ\***

YAKINLIK DERECESESİ	CİNSİYETİ	DOĞUM TARİHİ	BOY (cm)	KİLO (gram)	MEDENİ HALİ	MESLEK	GEÇİŞ	YENİLEME	İLK YIL	MERİYET
EŞ	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	...../...../.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADI SOYADI : ..... GSM : .....  
İŞ TELEFONU : ..... E-POSTA : .....@.....  
EV TELEFONU: ..... T.C. KİMLİK NO: .....

**SEÇİLEN PLAN**

YATARAK  .....  
AYAKTA  .....  
LİMİTSİZ ANNELİK  .....

**RİSK ANALİZİ\***

YAKINLIK DERECESESİ	CİNSİYETİ	DOĞUM TARİHİ	BOY (cm)	KİLO (gram)	MEDENİ HALİ	MESLEK	GEÇİŞ	YENİLEME	İLK YIL	MERİYET
1. ÇOCUK	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	...../...../.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADI SOYADI : ..... GSM : .....  
İŞ TELEFONU : ..... E-POSTA : .....@.....  
EV TELEFONU: ..... T.C. KİMLİK NO: .....

**SEÇİLEN PLAN**

YATARAK  .....  
AYAKTA  .....  
LİMİTSİZ ANNELİK  .....

**RİSK ANALİZİ\***

Lütfen arka sayfayı da eksiksiz olarak doldurunuz.

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

YAKINLIK DERECESESİ CİNSİYETİ DOĞUM TARİHİ BOY (cm) KİLO (gram) MEDENİ HALİ MESLEK GEÇİŞ YENİLEME İLK YIL MERİYET  
2. ÇOCUK  K  E ...../...../..... ..... .....  E  B .....

ADI SOYADI : ..... GSM : .....  
İŞ TELEFONU : ..... E-POSTA : .....@.....  
EV TELEFONU: ..... T.C. KİMLİK NO: .....

**SEÇİLEN PLAN**  
YATARAK  .....  
AYAKTA  .....  
LİMİTSİZ ANNELİK  .....

RİSK ANALİZİ\*

YAKINLIK DERECESESİ CİNSİYETİ DOĞUM TARİHİ BOY (cm) KİLO (gram) MEDENİ HALİ MESLEK GEÇİŞ YENİLEME İLK YIL MERİYET  
3. ÇOCUK  K  E ...../...../..... ..... .....  E  B .....

ADI SOYADI : ..... GSM : .....  
İŞ TELEFONU : ..... E-POSTA : .....@.....  
EV TELEFONU: ..... T.C. KİMLİK NO: .....

**SEÇİLEN PLAN**  
YATARAK  .....  
AYAKTA  .....  
LİMİTSİZ ANNELİK  .....

RİSK ANALİZİ\*

AÇIKLAMA VE NOTLAR:

\*Risk analizi bölümleri MAPFRE SİGORTA A.Ş. tarafından doldurulacaktır.

**ÖDEME PLANI**

TOPLAM PRİM (TL): .....

ÖDEME PLANI	VADE TARİHİ	VADE TUTARI	ÖDEME PLANI	VADE TARİHİ	VADE TUTARI
PEŞİNAT	...../...../20...	.....TL	5. TAKSİT	...../...../20...	.....TL
1. TAKSİT	...../...../20...	.....TL	6. TAKSİT	...../...../20...	.....TL
2. TAKSİT	...../...../20...	.....TL	7. TAKSİT	...../...../20...	.....TL
3. TAKSİT	...../...../20...	.....TL	8. TAKSİT	...../...../20...	.....TL
4. TAKSİT	...../...../20...	.....TL	9. TAKSİT	...../...../20...	.....TL

Başvuru Formu'nda verdiğim bilgilerin doğru olduğunu, poliçe formundaki bilgilerimin MAPFRE SİGORTA A.Ş. tarafından kabulü ve sigorta priminin ödenmesinden sonra yürürlüğe gireceğini, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise yaptığım ödemenin pey akçesi (kapora) olduğunu, başvurumun şirketçe kabul edilip poliçeleşmesi halinde kararlaştırılan ödeme planına uyacağımı, sigortadan herhangi bir nedenle vazgeçmem halinde alınan pey'in yapılan masraflara karşılık olarak MAPFRE SİGORTA A.Ş.'ye kalacağını, Başvuru Formu'nda yer alan Sigortalılar için prim ödemelerinin yukarıda belirtilen vade ve tutarlarda tarafıma yapılacağını, söz konusu Sigortalılara ilişkin tazminat tutarlarının poliçede fert olarak tanımlanan Sigortalı hesabına yapılmasını ve konuyla ilgili onayımda yapacağım değişikliğin tarafıma sigorta şirketine bildirileceğini kabul ve tasdik ederim.

**SİGORTA ETTİREN / SİGORTALI**  
Adı Soyadı / Tarih / İmza / Kaşe\*

**ACENTE**  
Acente Adı / Tarih / Yetkili İmzaları / Kaşe

\*Sigorta Ettiren tüzel kişi ise, kaşe ve temsile yetkili kişi imzası bulunmalıdır.

Lütfen arka sayfayı da eksiksiz olarak doldurunuz.

Torun Center, Fulya Mah. Büyükdere Cad. No: 74/D, 34381 Şişli / İstanbul  
T: 0850 755 0 755 F: 0212 334 90 19 [www.mapfre.com.tr](http://www.mapfre.com.tr) [info@mapfre.com.tr](mailto:info@mapfre.com.tr)



Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

Başvuru Formu'nun aşağıdaki soruları kendisi ve kanunen bakmakla yükümlü olduğu ve, "Sigorta Bünyesine Katılacak Kişiler" başlığı altında bilgilerini verdiği kişiler adına doldurmasını ve EVET yanıtları ile ilgili bilgileri aşağıdaki ilgili bölümlere yazılmasını varsa mevcut raporların eklenmesini rica ederiz. Aşağıdaki sorulara ne kadar ayrıntılı ve doğru yanıt verirsiniz sigorta sistemimiz o kadar doğru işleyecektir. Yanlış veya eksik beyan, tazminat talebinizin reddine sebep olacaktır. Başvuru Formu'nda işaretlenmeyen soruların cevapları "HAYIR" olarak kabul edilecektir.

Aşağıda belirtilen hastalıklarla ilgili siz ve sigorta bünyesine katılacak aile bireylerinizin bugüne kadar şikayeti / teşhisi / rahatsızlığı / tedavisi oldu mu?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1- Hipertansiyon   | <input type="checkbox"/> 12- Kan Hastalıkları  | <input type="checkbox"/> 23- Romatizmal Hastalıklar   |
| <input type="checkbox"/> 2- Lipid Metabolizma Bozukluğu (Kolesterol)                  | <input type="checkbox"/> 13- Sinir Sistemi, Beyin / Beyin Damar Hastalıkları                                 | <input type="checkbox"/> 24- Anorektal Hastalıklar (Hemoroid, Anal Fissür, Anal Fistül vb.), Kolon Polipi |
| <input type="checkbox"/> 3- Kalp / Kalp Damar Hastalıkları                            | <input type="checkbox"/> 14- Akciğer ve Diğer Solunum Sistemi Hastalıkları                                   | <input type="checkbox"/> 25- Varis  |
| <input type="checkbox"/> 4- Diğer Damar Hastalıkları                                  | <input type="checkbox"/> 15- Kafa Sinüs, Burun Hastalıkları  | <input type="checkbox"/> 26- Doğumsal, Kalıtsal Hastalıklar   |
| <input type="checkbox"/> 5- Şeker (Diabet) Hastalığı, İnsülin Direnci                 | <input type="checkbox"/> 16- Mide, Yemek Borusu, Duodenum, Bağırsak Hastalıkları                             | <input type="checkbox"/> 27- Deri ve Lenf Bezi Hastalıkları   |
| <input type="checkbox"/> 6- İyi Huylu Kist / Kitle, Tümör                             | <input type="checkbox"/> 17- Karaciğer (Viral Hepatitler A,B,C,D Dahil), Safra, Dalak, Pankreas Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 28- Multipl Skleroz  |
| <input type="checkbox"/> 7- Her Türlü Kanser, Kötü Huylu Kitle / Tümör                | <input type="checkbox"/> 18- Rahim ve Yumurtalık Hastalıkları  | <input type="checkbox"/> 29- Sara (Epilepsi ve Konvülsiyon)   |
| <input type="checkbox"/> 8- Omurga ve Eklem Hastalıkları (Bel, Boyun, Diz, Kalça vb.) | <input type="checkbox"/> 19- Prostat, Testis Hastalıkları  | <input type="checkbox"/> 30- Göz Hastalıkları   |
| <input type="checkbox"/> 9- Kas, Kemik Hastalıkları (Kırık, Çıkık Dahil)              | <input type="checkbox"/> 20- Meme Hastalıkları   | <input type="checkbox"/> 31- Kulak Hastalıkları, İşitme Kaybı   |
| <input type="checkbox"/> 10- Endokrin Sistem Hastalıkları (Hormon Bozuklukları vb.)   | <input type="checkbox"/> 21- Psikiyatrik Hastalıklar   | <input type="checkbox"/> 32- Büyüme Gelişme Geriliği  |
| <input type="checkbox"/> 11- Tiroit ve Paratiroit Hastalıkları                        | <input type="checkbox"/> 22- Her Türlü Fitik (Kasık, Göbek, Mide vb.)  | <input type="checkbox"/> 33- Üriner Sistem Hastalıkları   |
|   |  | <input type="checkbox"/> 34- Diğer  |

**1. Lütfen yukarıda işaretlediğiniz hastalıkların ilgili hastalık numarasını ve Sigortalı adı soyadını belirterek aşağıdaki bilgileri doldurunuz. İşaretlediğiniz ve/veya diğer başlığı altında yer alan hastalıklar ile ilgili siz ve/veya sigorta bünyesine katılacak aile bireylerinizin, tıbbi takibi / tedavisi devam eden / tedavisi devam etmeyen / şikayeti / teşhisi / rahatsızlığı / sakatlığı var mı? (Doktora gidilmemiş olsa dahi beyan edilmelidir.)**  Evet  Hayır

Sigortalı Adı Soyadı	Hastalık No	Hastalık Adı	Tanı Tarihi	Kullanılan İlaç	Takip / Tedavi Yöntemi	Tedavi Uygulanan Sağlık Kuruluşu / Doktor
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

**2. Siz ve/veya sigortalanacak aile bireylerinizden herhangi biri için özel bir tetkik yapıldı mı? (BT, MR, PET TARAMA, SİNTİGRAFI vb. yapıldı ise lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız ve tetkik sonucunu iletiniz.)**

Sigortalı Adı Soyadı	Tetkik Adı	Tetkik Tarihi	Sağlık Kuruluşu / Doktor	Biyopsi Alındı mı?	Sonuç
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**3. Siz ve/veya sigortalanacak aile bireyleriniz ulaşım amaçlı motosiklet veya ATV kullanıyor musunuz? Amatör, hobi amaçlı (kış sporu) kayak yapıyor musunuz? Tüm tehlikeli spor ve faaliyetlerden doğabilecek riskleriniz için polişe teminat kapsamınızda standart limitimiz mevcuttur. İsterseniz bu teminat kapsamındaki ulaşım amaçlı motosiklet, ATV ve kayak risklerini ek prim ile maksimum polişe teminat limitlerine kadar genişletebilirsiniz. Varsa bu talebinizi aşağıda lütfen belirtiniz. Lütfen tehlikeli spor ve faaliyetlerden doğan harcamalara ilişkin polişe özel şartları Madde 5/7 ve bilgilendirme formumuzu mutlaka okuyunuz.**

Sigortalı Adı Soyadı	Yapılan Faaliyet (Motosiklet, ATV ve Kayak için lütfen ayrı ayrı belirtiniz.)	Ek Prim Talebi
.....	.....	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
.....	.....	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

**4. Şu anda hamile misiniz?**  Evet ..... aylık hamileyim  Hayır, hamile değilim

**5. Başka bir sigorta şirketi tarafından düzenlenen sağlık sigortası poliçeniz var mı?** Evet  Hayır

**Cevabınız evet ise; yenileme yapılmak suretiyle devam eden sağlık sigorta poliçenizden önceki tüm sigortalara ilişkin; özel şart, ilk giriş tarihi ve bitiş tarihi (gün, ay, yıl) belirterek aşağıdaki soruları yanıtlayınız.**

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Bir Önceki Sigorta Şirket Adı	Poliçe No/Kart No	İlk Giriş	Bitiş Tarihi
Fert				
Eş				
Çocuk				

Ben aşağıdaki imza sahibi; bu giriş formu nedeniyle MAPFRE SİGORTA A.Ş.'nin herhangi bir taahhüt altına girmediğini, sağlık sigortası teminatlarına kabul edilip edilmememi etkileyecek MAPFRE SİGORTA A.Ş.'nin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi, yanlış veya eksik beyanda bulunmadığımı, aksi takdirde ortaya çıkabilecek anlaşmazlıklarda sigorta şirketinin herhangi bir sorumluluk altına girmeyeceğini, bu Başvuru Formu'nda belirtilen kişiler için tüm hususlar hakkında doktor, sağlık kurumları, diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAGMER) ve diğer ilgililerden bilgi alma konusunda MAPFRE SİGORTA A.Ş.'yi yetkili kıldığımı, beyan, kabul ve tasdik ederim. Başvuru Formu'nda işaretlenmeyen soruların cevaplarının "HAYIR" olarak işleme alınmasını kabul ederim. Bu Başvuru Formu ile birlikte verilen bilgilendirme formunda belirtilen sigorta şartlarını kabul ettiğimi beyan ederim.

SİGORTA ETTİREN / SİGORTALI Adı Soyadı / Tarih / İmza / Kaşe*	ACENTE Acente Adı / Tarih / Yetkili İmzaları / Kaşe
.....	.....

\*Sigorta Ettiren tüzel kişi ise, kaşe ve temsil yetkili kişi imzası bulunmalıdır.

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

Üç nüsha olarak düzenlenen bu form, Sigorta Ettirene ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, gerek yapılacak sigorta sözleşmesinin 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 yayınlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

**A- TEMİNATLAR**

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/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.
2. Tarafların, sigorta genel şartlarına ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmaması ve Sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şart kararlaştırabilme hakkı vardır.
3. Sağlık sigortası poliçesi, ürünlere göre farklı teminatları içermekle birlikte, verilen tüm teminatlar aşağıda belirtilmektedir.

**a. Ayakta Tedavi Teminatları**

Doktor Muayene/Reçeteli İlaç

Tanı Amaçlı İncelemeler

İleri Tanı Amaçlı İncelemeler

Seanslı Ayakta Tedavi

**b. Yatarak Tedavi Teminatları**

Ameliyat/Yatış

Kemoterapi

Yoğun Bakım

Hastane Oda-Yemek-Refakatçi

Operatör Doktor Ücreti

Diyaliz

Radyoterapi

Küçük Müdahale

Yatış Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Acil Tanı

**c. Diğer Teminatlar**

Evde Bakım

Annelik

Suni Uzuv

Yurt Dışı Yatarak

Yurt Dışı Ayakta

Kontrol PSA/Mamografi

Check Up

Yardımcı Tıbbi Malzeme

Hava/Kara Ambulansı

Destek Ayakta Tedavi

Teminatlar ve bekleme süreleri; seçilen ürün ve planın özelliğine göre farklılaşabilmektedir.

Poliçe genel ve özel şartlarında belirtilenler dışında sigorta şirketinin poliçe bazında da poliçe başvurusu sırasındaki beyanları dikkate alarak, kendi risk kabul esaslarına göre ayrıca özel istisna ile belli bir rahatsızlığı, hastalığı veya kazayı teminat dışında tutması mümkündür.

İsteğe bağlı olarak alınabilecek ek teminatlar için müşteri temsilcinize danışınız. Lütfen size verilen teklifin ve poliçenin hazırlanmasını müteakip sertifikanızdan teminatlarınızı okuyup kontrol ediniz.

**B- POLİÇE PRİM HESABI**

Sigortacının Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca sağlık riski seçilen plan, teminatlar, Sigortalının yaşı ve cinsiyeti, sağlık enflasyonu ilgili yaşın portföydeki hasar/prim oranı dikkate alınarak şirket tarafından belirlenen ve tüm satış kanallarına duyurusu yapılan, tarife satış primleri üzerinden Sigortalı adayının primleri hesaplanır. Sigorta başlangıç tarihinden sonra aile kapsamında eş, çocuk eklemesi ya da Sigortalının plan değişikliği talebinde bulunması durumunda Sigortacının ilgili talebi kabul etmeme hakkı saklı kalmak kaydıyla talep tarihinde yürürlükte olan primler üzerinden işleme alınır. Sigortalının primleri, indirimleri ve vadeleri poliçe ön yüzünde belirtilir. Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır.

**İNDİRİMLER VE EK PRİMLER**

MAPFRE SİGORTA A.Ş. aşağıda belirtilen şartlara uyan poliçelerde, belirlenmiş indirim ve ek prim oranlarını hesaplayarak sigorta poliçesini düzenler.

**1- TAZMİNAT/PRİM İNDİRİM VE EK PRİMLERİ**

**a) Tazminatsızlık indirimi:** Tazminatsızlık indirimi hesabında poliçede yer alan her bir Sigortalı için toplam ödenen tazminatın Sigortalının gün esaslı toplam net primine oranı esas alınır. Uygulanacak indirim oranları poliçe özel şartlarında belirtilmiştir. Tazminatsızlık indiriminden yararlanan Sigortalının, tazminatsızlık indirimine hak kazandığı poliçe dönemi için daha sonradan tazminat alması halinde ise tazminatsızlık indirimi geçersiz kalır ya da oranı değişir ve uygulanmış bulunan indirim tutarı/fark primi zeyilname olarak prime ilave edilir.

**b) Tazminat ek primi:** Tazminat ek primi hesabında poliçede yer alan her bir Sigortalı için toplam ödenen tazminatın toplam net primine oranı esas alınır. Uygulanacak ek prim oranları poliçe özel şartlarında belirtilmiştir.

• Ürün değişikliği yapan Sigortalılar, mevcut ürününde hak etmiş oldukları indirim ya da ek prim oranı uygulamasına değil, yeni aldığı ürünündeki hasarsızlık indirim ve ek prim uygulamasına tabi olurlar.

**2- VEFA İNDİRİMİ**

Vefa indirimi Sigortalının kesintisiz devam eden poliçelerin yinelenmesinde, poliçe yıllarına göre değişen oranlarda Sigortalı başına uygulanacaktır. Grup sağlık poliçesinden ferdi sağlık poliçesine geçişlerde vefa indirimi uygulanmamaktadır.

**3- AİLE İNDİRİMİ**

Bireysel sağlık poliçesinin, anne, baba ve çocuklardan oluşması ve poliçedeki kişi sayısının en az 2 veya daha fazla olması halinde aile indirimi uygulanır. Aile içerisinde farklı plan, ürün alınmış olsa bile aile indirimi uygulanır. Ancak, aileden herhangi birinin muafiyetli plan alması durumunda aile indirimi uygulanmamaktadır.

**4- BÖLGE İNDİRİMİ**

Bölge indirimi kişinin ikamet ettiği bölge bazında yapılmaktadır. Marmara Bölgesi dışı tüm iller için bölge indirimi uygulanmaktadır. Sadece yatarak A network tedavi planı alan Sigortalılar için bölge indirimi uygulanmamaktadır.

**5- İLK SİGORTA İNDİRİMİ**

İlk kez bireysel sağlık sigorta poliçe kapsamına alınan ve bekleme süresine tabi Sigortalılara, İlk Sigortalı indirimi uygulanır.

**6- RİSK EK PRİMİ**

Sigortalının Başvuru Formu'nda belirttiği beyana ve/veya tespit edilen belge, bilgilere istinaden yapılan değerlendirme doğrultusunda Sigortalının riskine göre sigorta şirketi tarafından uygulanan ek primlerdir. Risk ek primi tüm teminatlar için ve/veya bazı teminatlar için uygulanabilir. Uygulanacak risk ek primi maksimum %200 olabilir. Risk analiz işlemleri sırasında istenilen risk ek primi için Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı onayı alınması zorunludur.

Torun Center, Fulya Mah. Büyükdere Cad. No: 74/D, 34381 Şişli / İstanbul  
T: 0850 755 0 755 F: 0212 334 90 19 [www.mapfre.com.tr](http://www.mapfre.com.tr) [info@mapfre.com.tr](mailto:info@mapfre.com.tr)



Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

**C- GENEL BİLGİ VE UYARILAR**

1. Sağlık sigortaları 14 günden büyük bebekler ve 60 yaş altındaki kişileri teminat altına alır.
2. Sigorta Ettiren/Sigortalıların; sigortalanma taleplerini Başvuru Formu'nu eksiksiz ve doğru doldurmak suretiyle yapmaları ve Başvuru Formlarının ıslak imzalı olması gerekmektedir. Ayrıca Başvuru Formu'nda sorulmamış olsa bile sözleşme konusu rizikonun takdirine etkili olan ve tarafınızca bilinen diğer hususları da başvuru sırasında beyan etme yükümlülüğünüz bulunmaktadır. Sözleşmenin yapılmasından sonra meydana gelen değişiklikleri süresi içinde Sigortacıya bildirmek zorunludur. Yanlış ya da eksik bilgi vermenin tazminat hakkınızı ortadan kaldıracığı veya aleyhinize sonuç doğuracağını dikkate alarak lütfen sözleşmenin her aşamasında Sigortacıya eksik ya da yanlış bilgi vermekten kaçınınız. Başvuru Formu'nda eksik bırakılan soru yanıtları "HAYIR" olarak işleme alınacaktır.
3. Sigortacı Sigortalının sağlık riskini değerlendirebilmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık durumu ve/veya Risk Kabul Yönetmeliği doğrultusunda şirketin başvuruyu reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır. Başvurunun reddi durumunda Başvuru ve Bilgilendirme Formu hükümünü kaybetmektedir.
4. Poliçe iptali işlemleri Sigorta Ettirenin yazılı beyanına istinaden işleme alınmaktadır. İlgili işlemin tamamlanması sonucunda Başvuru Formu ekinde yer alan bilgilendirme formu ek belgenin başlangıç tarihi itibarıyla hükmünü kaybetmektedir.
5. Sağlık sigortası genel şartları 8. maddesi gereğince sağlık sigortalılarında prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır.
6. İleride doğacak ihtilafları önlemek için prime ait peşinatı nakit vermeniz durumunda makbuz almayı unutmayınız.
7. Sigorta için ödenen primler vergiden düşülebilir. Bu konuda Sigortacınıza danışınız.
8. Sözleşmenin yapılmasından sonra, sigorta şirketinin izni olmadan, rizikoya etki edebilecek hususlarda meydana getirilen değişikliklerin sekiz gün içinde sağlık sigortası genel şartları 7. maddesi gereği sigorta şirketine bildirilmesi gerekir.
9. Ferdi 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. Devam eden poliçe dönemi içinde Sigortalının tespit edilmiş olan (eksik ve/veya yanlış beyan veya mevcut beyansızlık durumları dahil) sağlık problemlerine göre Sigortacı ikinci bir risk analizi yaparak tespit edilen duruma ilişkin yeni bir şartlı kabul (kapsam dışı, ek prim, limit, standart vb.) belirtebilir.
10. Sigortalının sağlık durumunu tespiti için Sigortacı doktor muayenesi ve ek tetkikler talep ederse; bahse konu işlemlere ilişkin masraflar Sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, Sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermemesi durumunda Sigorta Ettiren Sigortalı tarafından karşılanır.
11. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi için lütfen poliçe klozu ile birlikte tarafınıza verilen CD içinde yer alan Sağlık Sigortası Özel ve Genel Şartlarını dikkatlice okuyunuz.
12. Sigortalının istisnaları, teminatları, limit, katılım oranı, plan bilgileri vb. sertifika üzerinden belirtilir.
13. 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.
14. Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz bir şekilde Sigortacıya ulaşmasından itibaren azami 10 gün içinde Sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.
15. Başvuru Formu'nda belirtilen iletişim bilgilerinin eksik ya da hatalı olması durumunda bilgilendirme yapılamayacağından sorumluluk sigorta şirketine ait değildir. Sistemimizde mevcut olan kimlik, adres, telefon vb. bilgilerinizin değişikliklerini size daha rahat ulaşabilmeniz için lütfen musterihizmetleri@mapfre.com.tr adresine ya da 0212 334 62 60 no'lu faksımıza bildiriniz.
16. www.mapfre.com.tr web adresimizden online işlemler başlığı altında yer alan Sigortalı Online sisteminden poliçenize ait tüm bilgileri öğrenebilirsiniz.

**D- İSTİSNALAR**

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

Standart İstisnalar Madde 5 / 7 detayı aşağıdadır. Bu konu ile ilgili Başvuru Formu'ndaki soruyu lütfen cevaplayın.

Amatör veya hobi amaçlı olsun olmasın tüm tehlikeli spor faaliyetleri ve/veya bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetlerden (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütlük, parapant, delta kanatla uçuş, ata binme, kayak, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma vb.) doğan masraflar ile profesyonel ve/veya lisanslı her türlü spor faaliyetlerinden kaynaklanan masraflar 10.000 TL ile limitlidir. Bu faaliyetlerden sadece hobi amaçlı kayak, ulaşım amaçlı ve ehliyetli olması şartı ile motosiklet ve ATV kullanımı ile ilgili tüm masraflar risk gerçekleşmedikçe ek prim ile poliçe limit ve koasürans oranları dahilinde teminat kapsamına alınabilecektir.

**E- STANDART BEKLEME SÜRELERİ**

Sigortalının ilk kayıt tarihinden itibaren adli bir kaza sonucu oluşmayan ya da özel şartlar tanımlamalar bölümündeki acil durum tanımına uymayan durumların ilgili işlem/müdahalelerinde bekleme süreleri uygulanacaktır. Bekleme süresi poliçe özel şartları standart bekleme süreleri başlığı altında yer alan hastalık/teminatlar için tazminat ödemesi yapılmadığı süreleri ifade eder. Poliçenin MAPFRE SİGORTA A.Ş.'de kesintisiz yenilenmesi durumunda özel şartlarda belirtilen bekleme süreleri bir sonraki poliçe dönemi için yeniden uygulanmaz. Bekleme sürelerinin özellikleri ürüne göre farklılıklar gösterebilir. Lütfen poliçe özel şartlarındaki bekleme süreleri maddesini incelemeyi unutmayınız.

**F- GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR**

Kazanılmış haklar, özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması ve Sigortalının önceki poliçesinde sahip olduğu hakları kastetmektedir. Sigortalının, önceki poliçesinin özel şartlarında/teminatlarında yer alan ama yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda/teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir. Ancak, yeni dönem için geçerli özel şartlarda mevcut olan ama bir önceki dönem özel şartlarda yer almayan haklar Sigortalı için de geçerli olacaktır.

Sigortacının başka bir şirketten geçiş olarak poliçe yenilenmesini yaparken; var ise Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hükümleri saklı kalmak kaydı ile Sigortalıdan sağlık bildirimini, ek tetkikler isteme, gerekli gördüğünde doktor muayenesi isteme, teminatlarda kısıtlama ve/veya şartlı kabullerde bulunma (limit, ek prim, katılım payı, bekleme süresi vb. uygulama) hakkı vardır.

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

Kazanılmış hakların verilebilmesi için, Sigortalının ilk sigorta kayıt tarihi esas alınacaktır. Sigortalının ilk kayıt tarihinin korunması için sigorta bitiş tarihinden itibaren 30 gün içinde başvurusu gerekmektedir.

Kişinin diğer sigorta şirketi/şirketlerindeki rahatsızlıklar ve/veya ilk sigortalanma tarihinden de önceye dayandığı tespit edilen rahatsızlıkları önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi Başvuru Formu'nda beyan edilmemiş ise kazanılmış hak kapsamına girmez. Bu rahatsızlıklar teminat haricidir.

### G- ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Sigortalının kesintisiz MAPFRE SİGORTA A.Ş.'de, 3 yıl boyunca aynı teminatlarla sigortaya devam etmesi, 55 yaşından önce sigorta kapsamına alınmış olması ve son üç yıl hasar/prim ortalamasının %80'in altında olması şartıyla sağlık poliçesi sahibi olan Sigortalılara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda medikal açıdan uygun olanlarına belirlenecek şartlar dahilinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilebilecektir.

Sigortacı "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" başvurusu yapan Sigortalının sağlık riskini değerlendirmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık koşullarına göre yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacının başvurusu reddetme, şartlı kabuller (limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak kabul etme veya herhangi bir şart uygulamaksızın "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verme hakkı saklıdır.

Yenileme garantisi kişiye özeldir ve bu hakkı kazanmış Sigortalılara aittir. Sigortacı tarafından Sigortalıya verilen "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" ifadesi her bir Sigortalının sertifikasında belirtilir.

Başka bir sigorta şirketinden MAPFRE SİGORTA A.Ş.'ye geçiş yapılacak poliçelerde yenileme garantisi olsun olmasın Sigortalılara risk analizi yapılacak, limit, katılım payı, istisna, ek prim vb. uygulamalar söz konusu olabilecektir.

Önceki şirketteki kazanılmış olan Yenileme Garantisi hakkı MAPFRE SİGORTA A.Ş. kriterlerine göre yeniden değerlendirilecek olup, yapılacak risk analizi çerçevesinde Sigortalının yenileme garantisi hakkı Sigortacının mevcut özel şartları ile devam ettirilebilecektir.

"Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilmiş bir Sigortalı için yenileme garantisinin verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalık durumları nedeniyle Sigortacının, Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6 ve 7'de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirmesi yapma ve ek prim, istisna, limit, katılım payı gibi yeni bir ek şart uygulama, tazminat/prim oranına göre ek prim uygulama hakkı bulunmamaktadır.

Bu dönemde Sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde Sigortacı mevcut "Ömür Boyu Yenileme Garantisi"ni yeniden değerlendirme hakkına sahiptir.

Sigortacının yenileme garantisi taahhüdünde bulunduğu Sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, poliçenin ömür boyu yenileme garantisi hakkını kazandığı tarihteki Özel Şartlara tabidir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olmayan Sigortalılar için her poliçe döneminde yürürlükteki poliçe özel şartları geçerli olacaktır.

Ancak 23.04.2014 tarihinden önce ilk defa sigortalanmış, yenileme garantisine hak kazanmış veya henüz kazanmamış Sigortalıların yenileme garantisi "Yeniden Risk Değerlendirmesi Yapılmaksızın Yenileme Taahhüdü Verilmiştir" adı altında vermeye devam edecektir. Bu Sigortalılar için yenileme garantisinin verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalık durumları nedeniyle Sigortacının, Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6 ve 7'de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirmesi yapma ve ek prim, istisna, limit, katılım payı gibi yeni bir ek şart uygulama hakkı bulunmamaktadır. Ancak bu Sigortalılar için tazminat / prim oranına göre bilgilendirme formu ve özel şartlarda belirtilen ek prim uygulaması devam edecektir. İlgili maddede açıklanan yenileme garantisi değerlendirme kriterleri bu Sigortalılar için de aynı şekilde uygulanacaktır.

### H- İPTALLER

Sigorta Ettiren/Sigortalının poliçenin tanzim tarihinden sonra 30 gün içinde iptal talebinde bulunması halinde; rizikonun gerçekleşmediği durumlarda poliçe başlangıç tarihi itibarıyla iptal edilir ve ödenen primler kesintisiz Sigortalıya iade edilir.

Sigortacının onayladığı ve 30 günü aşan taleplerde poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanır. İptal nedeniyle Sigortalı/Sigorta Ettirene iade edilecek tutar ödenen tazminat dikkate alınarak gün üzerinden hesaplanır.

Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacının hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı tahsil ettiği primlerden almaya hak kazandığı primleri düşerek kalan primleri Sigortalıya iade eder. Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacının hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı tahsil ettiği prim tutarından düşerek kalan primi Sigortalıya iade eder.

Sigortalıya ödenen tazminat tutarı, hem Sigortacının hak ettiği prim tutarını hem de Sigortalının ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesiz iptal yapılır. Riziko gerçekleştiğinde primlerin henüz vadesi gelmemiş dahi olsa Sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat tutarı kadar olan kısmı, muaccel hale gelir.

Sigorta Ettiren, kesin vadeleri ve tutarları poliçe üzerinde belirtilen primlerinden herhangi birini vade bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim borcunun zamanında ödenmemesi durumunda Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesindeki hükümleri uygulanır.

Sigortacının Sigortalı/Sigorta Ettirenin kötü niyetli hareketlerini tespit ettiği durumlarda (Sigortalı olmayan kişilerin sigorta teminatlarından yararlandırılması ve sağlık giderlerinin diğer Sigortalılar adına düzenlenmesi, Sigortalının bildiği ve/veya belirtilerinin sigorta başlangıç tarihinden önce başladığı halde Sigortalıya beyan etmediği mevcut beyansız rahatsızlıkların tespiti vb.) Sigortacı ödemiş olduğu sağlık giderlerini alma ve/veya poliçeyi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir.

### I- SİGORTA ETTİREN VEYA SİGORTALININ VEFAT DURUMU

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalının vefatı durumunda ise Sigortacı aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar.

Sigorta Ettirenin vefatı durumunda; Sigorta Ettiren ile poliçede yer alan Sigortalı/Sigortalıların farklı olması ve Sigortalıların Sigorta Ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortalıya iletilmesi gereklidir. Bu durumda Sigorta Ettiren

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

değiştirilerek poliçeye devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Sigorta Ettirenin Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçede, Sigorta Ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin Sigortalı olduğu poliçelerde, Sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden Sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki Sigorta Ettirene yapılır.

### I- SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ

İşbu sigorta en çok 1 yıl süre ile geçerlidir. Ancak, sigorta bitiş tarihini takiben Sigortalı/Sigorta Ettirenin talebi ile Sigortacının belirleyeceği esaslar dahilinde yeni poliçe düzenlenebilir. Yenileme döneminde plan değişikliği talebinde bulunulması halinde, Sağlık Beyan Formu istenebilir.

Sigortacı, Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olmayan Sigortalıların Sigortalı olduğu dönem içerisindeki sağlık durumunu ve/veya hasar/prim oranını inceleyerek poliçe yenileme şartlarına karar verir.

Sigortacının yeni sözleşmede geçerli olacak bir önceki dönemde ve/veya süre gelen rahatsızlıkları için Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hükümleri saklı kalmak kaydı ile şartlı kabulde bulunması durumunda poliçe yenilendiği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece bu şartlı kabul geçerli olacaktır.

Sigorta Ettiren yenileme sırasında sigorta poliçesindeki Teminat Kapsamı'nı genişletmek ve/veya farklı teminat eklenmesi amacıyla Sigortacıya başvurabilir. Sigortacının bu değişiklik talebi ile ilgili olarak yeni Başvuru Formu isteme, başvuruyu reddetme, şartlı kabul etme (ek prim, limit, katılım vb.) hakkı saklıdır. Yeni eklenen teminatlar için bekleme süresi yeniden başlar. Ayrıca, poliçeler güncel olan prim, tarife ve özel şartlar ile yenilenir.

Sigortalı mevcut poliçenin bitiş tarihinden 30 gün önce veya 30 gün sonrasına kadar yeni sözleşme (poliçe) için Sigortacıya başvurabilir.

Yenileme tarihinin üzerinden 30 gün veya daha fazla süre geçmişse; Sigortalı için yeni bir Sigortalı gibi yeniden Başvuru Formu düzenlenecek, yeni bir Sigortalı gibi sigortaya katılacaktır. Kazanılmış hakları ve kazanmış olduğu Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı geçerli olmayacak, var olan hastalıkları için risk analizi yapılacaktır. Sigortalının hasar/prim oranından kaynaklanan vb. geçmiş poliçede kazanılmış indirimleri geçerli olmayacaktır.

Sigortacının yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan risklerinin teminat altına alınmaması, Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca şartlı kabul ile (limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) teminat altına alınması ve yenileme haklarının geçerliliğinin kaldırılması hakları saklıdır.

Sigortalının yenileme sırasında Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6 ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1435. maddesinde düzenlenen beyan yükümlülüğüne uyması şarttır.

### J- SAGMER (SİGORTA GÖZETİM MERKEZİ) BİLGİLENDİRME

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 Bakanlığında, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesi ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

### K- TAZMİNAT ÖDEMELERİNİN YAPILMASI

- Hak sahipleri, poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için, ilgili belgeleri Sigortacıya vermekle yükümlüdür. Tazminat ödemelerinde istenen evraklar, poliçeden alınan teminatlara göre oluşacak tazminat taleplerinde farklılık göstermektedir. Anlaşmazlıklarda gerçekleşen tazminat başvurunuz için gereken bilgi ve belgelere ilişkin listeyi içeren Kullanım Rehberinizin poliçenin hazırlanmasını müteakip size ulaşan poliçe kiti içinde bulunduğundan emin olunuz.
- Anlaşmalı kurumlarımızın listesi tarafınıza verilen poliçe klozunda yer alan CD içinde yer almaktadır. Sürekli güncellenen anlaşmalı kurumlar bilgisi için sağlık kuruluşuna başvurmadan önce [www.mapfre.com.tr](http://www.mapfre.com.tr) web adresimizi ziyaret edebilir ya da 0 850 755 0 755 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri Merkezimize ulaşabilirsiniz.
- Tazminat ödemeleri poliçe özel ve genel şartları varsa ek protokol ve sertifikanızın teminat limitleri dahilinde değerlendirilecektir.
- Anlaşmalı kurumlarımızda gerçekleşen tazminat talepleri için size verilen tanıtım kartınız veya T.C. Kimlik Numaranız ile kuruma başvurmanız yeterlidir.
- Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme yükümlülüğü sigorta şirketine aittir.

### L- DİĞER BİLGİLER

Sigortacı Tahkim Sistemi'ne üye değildir.

### M- ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

- Gerek sigorta sözleşmesinin müzakeresi ve kurulması sırasında gerekse sözleşmenin geçerli olduğu süre içinde sigortayla ilgili teknik konularda, yapılacak veya yapılmış sigortacılık işlemlerinin özellikleri ve sözleşmeye konu sigorta teminatı ile sigortanın işleyişi ile ilgili tarafınıza sözlü olarak verilen bilgiler yanında sigortaya ilişkin her türlü bilgi talebi ile şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara da başvuruda bulunabilirsiniz. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 iş günü içinde talepleri cevaplamak zorundadır.
- Poliçenizin veya ret mektubunuzun başvuru tarihinden itibaren 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması durumunda 0 850 755 0 755 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri Merkezimize ulaşabilirsiniz.

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

**MAPFRE KİŞİSEL VERİ GİZLİLİĞİ MUVAFAKATNAMESİ**

MAPFRE SİGORTA A.Ş. ("MAPFRE") müşterilerimize ait kişisel verilerin gizliliğini sağlamak amacıyla aşağıda belirtilen kuralları benimsemiştir. Bu kapsamda, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("KVKK") ve Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik ("Yönetmelik") hakkında tarafınızı bilgilendirmek ve onayınızı almak isteriz.

MAPFRE SİGORTA A.Ş.  
Torun Center, Fulya Mahallesi, Büyükdere Cad. No: 74/D, Şişli/İstanbul  
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü- Sicil No: 38676  
<https://www.mapfre.com.tr>  
Tel: 0212 334 90 00

**1) Aydınlatma Yükümlülüğü**

MAPFRE ile paylaşılan kişisel veriler, MAPFRE'nin gözetimi ve kontrolü altındadır. MAPFRE, yürürlükteki ilgili mevzuat hükümleri gereğince kişisel bilginin gizliliğinin ve bütünlüğünün korunması amacıyla gerekli organizasyonu kurmak ve teknik önlemleri almak ve uyarlamak konusunda veri sorumlusu sıfatıyla sorumluluğu üstlenmiştir.

Bu kapsamda, üçüncü kişilere veri aktarımı sırasında meydana gelebilecek hak ihlallerini önlemek için gerekli teknik ve hukuki önlemler alınmaktadır. Ancak kişisel verileri alan üçüncü kişinin veri koruma politikalarından dolayı MAPFRE sorumlu olmayacağını beyan eder.

**2) Kişisel Verilerin Toplanması Yasal Dayanağı**

Müşterilerimizin kişisel verilerinin kullanılması konusunda çeşitli kanunlarda düzenlemeler bulunmaktadır. En başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ve KVKK ile kişisel verilerin işlenmesinin ve aktarılmasının esasları belirlenmektedir. Ayrıca 5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu da kişisel verilerin korunmasına ilişkin önemli bazı yükümlülükler öngörmektedir. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri yoluyla da kişisel verilerin korunması için bazı hallerde cezai yaptırımlar öngörülmektedir. Diğer yandan, Sigorta Acenteleri Yönetmeliği, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi Yönetmeliği ve sigortacılık alanındaki diğer yasal düzenlemeler, sigortacılık faaliyetlerinin yürütülmesi için kişisel verilerin toplanmasına ve kullanılmasına izin veren bazı düzenlemeler getirmektedir.

**3) Kişisel Verilerin Toplanma Yöntemleri**

Kişisel verileriniz, Genel Müdürlük, Bölge Müdürlükleri, acenteler, brokerler, çağrı merkezi, anlaşmalı sağlık kuruluşları gibi kanallar ile temasa geçen yahut elektronik ortamda işlem yapan müşterilerimizin verdikleri veriler, grup sigortası müşterilerimizin çalışanları ile ilgili ilettikleri veriler, müşterilerimizin rızaları ve mevzuat hükümleri uyarınca işlenmektedir.

**4) Kişisel Verilerin Kullanıldığı Alanlar**

Veri sorumlusu sıfatı ile MAPFRE kişisel bilgilerinizi kaydedecek, saklayacak, sigortacılık hizmetlerini devam ettirebilmek için güncelleyecek, sigortacılık faaliyetlerini yürütebilmek için işbirliği yaptığımız kurum ve kuruluşlarla, yurtiçi/yurtdışı reasürans şirketleriyle, verilerin bulut ortamında saklanması hizmeti aldığımız yurtiçi/yurtdışı kişi ve kurumlarla, müşterilerimize gönderdiğimiz ticari elektronik iletilerin iletilmesi konusunda anlaşmalı olduğumuz yurtiçi/yurtdışı kurumlarla, bankalararası kart merkeziyle, anlaşmalı olduğumuz bankalarla, mevzuatın izin verdiği durumlarda ve sizlere daha iyi hizmet sunabilmek, müşteri memnuniyetini ve müşteri sadakatini sağlayabilmek için çeşitli pazarlama faaliyetleri kapsamında MAPFRE Grubu (MAPFRE S.A.'yı ve/veya bağlı kuruluşlarını, iştiraklerini, ortak teşebbüslerini ve bunların tüm şubelerini ile ofislerini ve çağrı merkezi hizmeti aldığımız Tur Assist Yardım ve Servis Ltd. Şti.'yi ifade eder) dahil yine yurt içinde ve dışında bulunan üçüncü kişi konumundaki anlaşmalı kuruluşlar ve iş ortakları ile paylaşabilecek, sınıflandırabilecek ve KVKK ve Yönetmelik'te belirtilen şekilde işleyebilecektir. Müşterilerimize ait kişisel verilerin üçüncü kişiler ile paylaşımı, müşterilerin izni çerçevesinde gerçekleşmekte ve kural olarak müşterimizin onayı veya mevzuatın gereği olmaksızın kişisel verileri üçüncü kişilere aktarılmamaktadır.

Bununla birlikte, yasal yükümlülüklerimiz kapsamında ve bunlarla sınırlı olmak üzere mahkemeler ve kamu kurumlarıyla kişisel veriler paylaşılmaktadır. Ayrıca, taahhüt ettiğimiz hizmetleri sağlayabilmek ve verilen hizmetlerin kalite kontrolünü yapabilmek için anlaşmalı üçüncü kişilere kişisel veri aktarımı yapılmaktadır.



Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

**Kişisel verileriniz şu amaçlarla kullanılmaktadır:**

- İşlem yapanın/yaptırmanın kimlik bilgilerini teyit etmek,
- İletişim için adres ve diğer gerekli bilgileri kaydetmek,
- Sigorta sözleşmenizin koşulları veya güncel durumu ile ilgili hususlarda müşterilerimiz ile iletişime geçmek,
- Sözleşmenizde gerçekleşen değişiklikler hakkında müşterilerimizi bilgilendirebilmek,
- Elektronik (internet / mobil vs.) veya kağıt ortamında işleme dayanak olacak tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek,
- Sigorta sözleşmesi uyarınca üstlenilen yükümlülükleri yerine getirebilmek,
- Çalışanlarına sağlık sigortası yaptıran kuruluşlara çalışanlarının sigorta kullanım bilgilerini iletebilmek,
- Açık rızası bulunan müşterilerimize özel kampanya ve diğer faydaların sunulması, her türlü ticari elektronik ve yazılı ileti gönderilebilmesi, elde edilen veriler doğrultusunda müşteri segmentasyonu yapmak, anket ve tele satış uygulamaları ile veri madenciliği ve diğer istatistiksel analizleri gerçekleştirmek, müşteri veri kalitesini iyileştirmek, müşteri yönetimine yönelik sadakat aksiyonları ile çapraz satış ve kaybedilen müşteriyi tekrar kazanma aksiyonları tasarlamak ve yönetimini gerçekleştirmek ve müşterilerimizin bilgileri (demografik, özlük, alışveriş, ziyaret, teklif, anket cevapları, sosyal medyada var olan bilgileri, sitelerde gezinme, mobil uygulamalardaki hareket ve konum bilgileri ve burada belirtilenle sınırlı olmaksızın tüm kanallar aracılığıyla toplanacak diğer bilgileri) kullanılarak ürün ve hizmetlerimizle ilgili fayda ve satış teklifleri sunmak için müşterilerimizle telefon, kısa mesaj, multi mesaj (MMS), e-posta, mektup, faks, çerezler aracılığıyla web sayfalarında gösterilen mesajlar, mobil uygulamalardaki konum bilgisi ve gönderilen anlık bildirimler ve otomatik arama makineleri gibi her türlü araç ile iletişime geçebilmek,
- Anlaşmalı hastanelerimiz, tamirhanelerimiz, eksperlerimiz ve diğer anlaşmalı kişilerimiz ve kurumlarımız, acentelerimiz, brokerler ve diğer çözüm ortaklarımız tarafından müşterilerimize önerilen hizmetlerle ilgili müşterilerimizi bilgilendirebilmek ve sigorta sözleşmesinin ifasından kaynaklanan diğer hizmetleri sunabilmek,
- Ürün ve hizmetlerimiz ile ilgili müşteri şikayet ve önerilerini değerlendirebilmek,
- KVKK'dan doğan yükümlülüklerimizi yerine getirebilmek ve mevzuattan doğan haklarımızı kullanabilmek.

**5) KVKK'nın 11. maddesi uyarınca müşterilerimizin hakları**

KVKK uyarınca müşterilerimiz kişisel verilerinin; a) işlenip işlenmediğini öğrenme, b) işlenmişse bilgi talep etme, c) işlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, ç) yurt içinde/yurt dışında aktarıldığı 3. kişileri bilme, d) eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme, e) Kanununun 7. maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini / yok edilmesini isteme, f) aktarıldığı 3. kişilere yukarıda sayılan (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin bildirilmesini isteme, g) münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme, h) kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahiptir.

KVKK kapsamında haklarınız ile ilgili başvurularınızı web sitemizde "İletişim" bölümünde yer alan

(<https://www.mapfre.com.tr/sigorta-tr/iletisim/kvkk-basvuru-formu.jsp>) KVKK Başvuru Formu'nu kullanarak yapabilirsiniz.

**6) Avantajlarımız ve kampanyalarımız hakkında bilgilendirme**

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve 6563 sayılı Elektronik Ticareti Düzenleme Kanunu uyarınca, Şirketimiz ve Grup Şirketlerimizin ve acenteler başta olmak üzere anlaşmalı iş ortaklarımızın ürün ve hizmetlerinden faydalanmak için gerekli çalışmaların iş birimlerimiz veya anlaşmalı tedarikçilerimiz tarafından yapılarak avantajlarımız ve kampanyalarımız hakkında e-posta, SMS ve her türlü ticari elektronik ileti yolu ile bilgilendirilebilmek amacıyla verilerinizin Şirketimiz, Grup Şirketlerimiz ve acenteler başta olmak üzere anlaşmalı iş ortaklarımız tarafından işlenmesine izin verip vermediğinizi lütfen aşağıda belirtiniz.

Evet, izin veriyorum.

Hayır, izin vermiyorum.

Yukarıdaki maddelerde yapılan açıklamalar çerçevesinde, KVKK'ya uygun olarak MAPFRE SİGORTA A.Ş. tarafından kişisel verilerimin toplanmasına, işlenmesine, güncellenmesine, periyodik olarak kontrol edilmesine, veri tabanında tutulmasına ve saklanmasına ve gerektirdiği takdirde ilgili kamu kurum ve kuruluşlarıyla, acente ve brokerlerimiz de dahil olmak üzere tüm iş ortaklarımızla ve Türkiye'de veya yurtdışında bulunan hizmet sağlayıcı firmalarla ve MAPFRE Grubuyla paylaşılmasına ve kişisel verilerimin bunlar tarafından da tutulmasına ve saklanmasına muvafakat ediyorum.

**SİGORTA ETTİREN / SİGORTALI**  
Adı Soyadı / Tarih / İmza / Kaşe\*

**ACENTE**  
Acente Adı / Tarih / Yetkili İmzaları / Kaşe

\*Sigorta Ettiren tüzel kişi ise, kaşe ve temsile yetkili kişi imzası bulunmalıdır.

Torun Center, Fulya Mah. Büyükdere Cad. No: 74/D, 34381 Şişli / İstanbul  
T: 0850 755 0 755 F: 0212 334 90 19 [www.mapfre.com.tr](http://www.mapfre.com.tr) [info@mapfre.com.tr](mailto:info@mapfre.com.tr)

