

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, katılım sigortası sözleşmesine taraf olmak isteyen ve katılım sigortasından menfaat sağlayacak diğer kişilere, yapılacak katılım sigortası sözleşmesine ilişkin genel amaçlı bilgi vermek amacıyla 28.10.2007 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sigorta Sözleşmeleri'nde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

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

A. SİGORTACIYA VE ACENTEEYE İLİŞKİN BİLGİLER

1. Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;	
Ticari Ünvan:	
Adres:	
Tel-Fax:	

2. Teminatı veren sigortacının;	
Ticari Ünvan:	KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş.
Adres:	SARAY MAHALLESİ DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CAD. NO:2 AKKOM OFİS PARK 3. BLOK KAT:2 ÜMRANİYE / İSTANBUL
Tel-Fax:	2169998100 & 2166921122

B. UYARILAR

- İş bu poliçe sadece yabancı uyruklu kişiler için geçerlidir.
- Sigorta hakkında daha detaylı bilgi almak için, talep halinde sigortacı tarafından poliçe ekinde verilecek. Sağlık Katılım Sigortası Özel Şart, Tanımlar, Sağlık Sigortası Genel Şartları, Teminat Tablosu ve İstisnaları dikkatlice okuyunuz.
- Sigorta Sözleşmesi için sigorta ettiren/ sigortalı adayı tarafından doldurulan başvuru formunun eksiksiz ve doğru cevaplandırılarak ıslak imzalı olması gerekmektedir. Gerek sigorta ettirenin gerekse sigortalı adayının kendisince bilinen ve sigortacının bilmesi gereken hususları sigortacıya bildirmekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğün ihlali halinde sigortacı sözleşmeden cayabilir ya da istisna, limit, ek katkı primi almak suretiyle

sözleşmeyi yürürlükte tutabilir. Bu nedenle sigorta şirketine sözleşmenin her aşamasında Sağlık Sigortası Genel Şartları 6. Maddesi gereği eksik veya yanlış bilgi verilmemelidir.

4. Türk Ticaret Kanunu Madde 1431 gereği; poliçe katkı primi ödenmediği sürece sigortacının sorumluluğu başlamaz. Türk Ticaret Kanunu madde 1434 gereği; poliçe peşinatının ödenmemesi halinde sigortacı katılım sigortası sözleşmesini feshedecektir. Taksitlerden birinin vadesinde ödenmemesi halinde ise sigorta ettiren; sigortacı tarafından yapılan bildirim tarihi itibarıyla en geç 10 gün içinde katkı prim borcunu ödemekle yükümlüdür. Aksi takdirde poliçe feshedilecektir ve poliçe iptal tarihinden sonra talep edilen tazminatlar karşılanmayacaktır.

5. Sözleşmenin feshedilmesi hâlinde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden katkı primi, gün sayısı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir veya bu tarihe kadar ödenmeyen eksik katkı primi, geçen gün sayısı hesap edilerek sigortacıya ödenir.

6. Sözleşmenin yapılmasından sonra, rizikoya etki edilecek hususlar değiştiği takdirde sekiz gün içinde durumun Sağlık Sigortası Genel Şartları 7. Maddesi gereği sigorta şirketine bildirilmesi gerekir.

7. Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikâyet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcaması poliçe kapsamı dışındadır.

8. Sağlık Katılım Sigortası katkı prim ödemeleriniz vergi matrahınızdan düşülebilmektedir (Sağlık Katılım Sigortası Özel Şartlar metnine bkz.)

9. Sigorta ettiren ve/veya sigortalı isteğine istinaden poliçe iptalinin Şirket tarafından yapılabilmesi için; Genelge gereğince ikamet izin süresini kapsayan yeni bir özel sağlık katılım sigortası sözleşmesinin ibrazı, ikamet izninin iptali, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil olduğunu gösterir belge ibrazı zorunludur. Bu belgeler olmaksızın veya poliçenin katkı prim borcu nedeniyle iptali durumunda Sigorta Şirketinin İçişleri Bakanlığı Göç İşleri Genel Müdürlüğü'ne bilgi verme hakkı saklıdır.

C. GENEL BİLGİLER

1. Bu sigortayla Sigortalı/Sigortalıların poliçe başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masrafları, poliçede belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, TTK, Genel Hükümler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alınır.

2. Teminat dışı hâller için Sağlık Katılım Sigortası Özel Şartları ve Genel Şartları metninde belirtilmiş durumlara bakınız.

3. İlgili ürün sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.

4. Anlaşmalı Kurum Listesinin güncel hali www.katilimemeklilik.com.tr adresinde yer almaktadır. Şirketin Anlaşmalı kurumlar üzerinde değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır.

D. POLİÇE TEMİNATLARI

Ayakta Tedavi Teminatı : Ayakta Tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi teminatlarından oluşur.

Yatarak Tedavi Teminatı : Yatarak Tedavi teminatı, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, tıbben gerekli olan cerrahi yatışlar ve/veya dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner Anjiyografi giderleri ile sigortalının hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık giderleri ve küçük müdahale giderlerinin poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde karşılanmasını kapsar.

E. TAZMİNAT ÖDEMESİ

1. Sözleşmenin kurulması (sözleşmenin yapılması) sırasında teminatların limitlerine, ödeme oranına, özel istisnalara (varsa) özel şartlarına dikkat ediniz. Sigorta teminat limiti poliçede yazılı olan ve rizikonun gerçekleşmesi halinde sigortacının ödemeyi taahhüt ettiği teminat limitinin azami tutarıdır.

2. Tazminat ödenmesi söz konusu olduğu hallerde, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin yapmış olduğu masraflarını poliçede yazılı limitlere kadar katılım payı, özel istisnalar ve özel şartlara göre öder. Tazminat değerlendirmesi sırasında gerekli harcama belgelerinin asıllarının sigortacıya verilmesi şarttır.

3. Tedavi masrafı miktarında anlaşılamayan durumlarda taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini poliçede belirtilen hükümlere göre tayin eder. Bu husus noter eliyle diğer tarafa bildirilir. Taraflar incelemeye geçmeden üçüncü hakem bilirkişisini seçer.

4. Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. anlaşmalı kurumlarında poliçe teminat kapsamı dahilindeki ayakta ve yatarak Tedavilerde yapılacak sağlık giderlerine ait harcamalarınız poliçe özel ve genel şartlarına uygun olarak KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş. tarafından kuruma verilecek provizyon sonrasında sigortacı tarafından doğrudan kuruma ödenecek, provizyona konu evraklar ve faturalar, ilgili kurum tarafından KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş.'ne gönderilecektir.

F. KATILIM SİGORTACILIĞI UYGULAMA ESASLARI

1. Şirketin, 20.09.2017 tarih ve 30186 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Katılım Sigortacılığı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" ile belirlenen esaslara göre faaliyette bulunmaktadır.

2. İşbu Bilgilendirme ve Başvuru Formu, Katılım Sigortacılığı kapsamında ve sigortalılar arasındaki yardımlaşma ve kefilleşme (teâvün ve tekâfül) hizmetinin organizasyonu amacıyla düzenlenmiştir.

3. Katılımcılardan tahsil edilen katkı primleri şirketin Danışma Kurulu tarafından onaylanan ve İslami finans prensiplerine uygun yatırım enstrümanları ile değerlendirilir.

4. Katılım Sigortacılığı kapsamındaki faaliyetlerde şirketimiz, Vekâlet/Mudarebe Karması (Hibrit) yönetim modeli uygulanmaktadır.

5. Hibrit yönetim modelinde yatırım gelirleri üzerinden şirketin alacağı pay %50'dir.

6. Bakiye, şirket tarafından belirli bir dönemde ödenmiş ve dönem içinde ödenecek tazminatlar ile risk fonuna ait yasal yükümlülükler ve diğer masraflar karşılandıktan sonra katılımcıların ödedikleri katkılardan ve bunların gelirlerinden geriye kalan tutardır.

7. Katılımcının ödediği katkı primleri, diğer tüm katılımcıların ödediği katkı primleri ile birlikte değerlendirilip; şirketin ihtiyatlılık prensiplerine göre hesaplanacak tüm teknik giderlerinin ve şirketin uyguladığı Hibrit yönetim modelindeki paylarının düşülmesinden sonra, dönem sonunda artı bir bakiye oluşması durumunda, bu bakiyenin, şirketin pay almasına müsaade edilmeksizin Danışma Kurulu'nun ve şirket aktüerinin onaylayacağı esaslar kapsamında Katılım Sigortacılığı prensiplerine uygun yöntemlerle değerlendirilir.(Bakiyenin hayır amaçlı projelerde kullanılabilmesi, katılımcı risk fonu içerisinde tutulması veya İslami Finans prensiplerine aykırı olmayan başka yöntemlerle değerlendirilmesi vb.)

8. Katılım Sigortacılığı kapsamındaki bakiye iadeleri şirketin Danışma Komitesi'nin onaylayacağı şekilde değerlendirilir. Eğer bakiye fazlalığı çıkarsa bu bakiyenin Danışma Komitesi'nin onayladığı şekilde değerlendirmesi yapılır ve şirketin kurumsal internet sitesinde duyurulur.

9. Risk fonunun katılımcılara karşı yükümlülüklerini uygun şekilde yerine getirmesi ve risk fonunun devamının sağlanmasını teminen, risk fonunun fazla vermesi halinde gelecekteki öngörülemez riskler ve yasal yükümlülükler için bu fazlalık üzerinden Şirket ihtiyat fonu ayrılabilir.

10. İşbu sigorta kapsamında Sigortacılık risklerinin yönetiminde İslami Finans prensiplerine göre çalışan Katılım Reasüransı (Retekâfûl) şirketlerinin korumalarından faydalanılmaktadır.

11. Şirketin öz sermayesi ile sigortalılardan tahsil edilen katkı primleri şirketin Danışma Kurulu tarafından onaylanan ve İslami Finans prensiplerine uygun yatırım enstrümanları ile değerlendirilir.

12. Şirketimizin Katılım Sigortacılığı kapsamındaki uygulamaları hakkında detaylı bilgi almak için www.katilimemeklilik.com.tr/katilim-sigortaciligi adresini ziyaret edebilirsiniz.

G. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

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

2. KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş. 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu'nun 30. maddesinde öngörülmüş olan "Sigortacılık Tahkim Müessesesi"ne üye değildir.

H. MİSAFİRİM GÜVENDE SAĞLIK KATILIM SİGORTASI

1. Misafirim Güvende Sağlık Katılım Sigortası Başvuru Formundaki sorulara vermiş olduğum cevapların tam ve doğru olduğunu, beyan yükümlülüğü çerçevesinde bildirilmesi gereken başkaca bir hususu gizlemediğimi, yanlış ve eksik beyanda bulunmadığımı kabul, beyan ve taahhüt ederim.

2. Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. Şirketinin beyanına dayanarak poliçe tanzim tarihi öncesi ve sonrası oluşan rahatsızlıklar için yeniden değerlendirme yapabileceğini, buna bağlı olarak poliçede değişiklik yapma (istisna/ muafiyet vb.) ve poliçeden tümten cayma hakkının saklı olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim. İstisna tutulan rahatsızlıklardan kaynaklanacak tazminat taleplerinin başvuru tarihinden itibaren teminat dışı bırakılacağını kabul, beyan ve taahhüt ederim.

3. Misafirim Güvende Sağlık Katılım Sigortası Başvuru Formundaki yanıtların ve bildirimlerin dışında başka sorular ve formlarda verilen cevapların ve tanzim edilecek poliçenin teklif edilen sözleşmeye temel oluşturacağını, bu teklif ile oluşacak katılım sigortası sözleşmesinin Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarını kabul ettiğimi, sigorta ettiren ve/veya sigortalı olarak kendim ve/veya diğer sigortalılar hakkında bilgi sahibi olan hekimler, sağlık kuruluşları, sigorta şirketi ya da diğer kişi ve kuruluşlardan

sağlık durumu ile ilgili her türlü kayıtları istemek, incelemek üzere Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye yetki verdiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

4. Tarafımca bildirilecek banka hesabı numarasına ödeme yapılması halinde, Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye tamamen ibra edilmiş olacaktır.

5. Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. Misafirim Güvende Sağlık Katılım Sigortası Poliçesinin Özel ve Genel Şartlarını okuduğumu, varsa itirazımı poliçe başlangıç tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde bildireceğimi aksi takdirde poliçenin tüm Özel ve Genel Şartlarını kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Ben aşağıdaki imza sahibi; bu giriş formu nedeniyle Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin herhangi bir taahhüt altına girmediğini, önceki şirket ve sigortalılık dönemlerim dahil sağlık durumum ile ilgili başvuru formumun poliçeleşmesini etkileyecek, Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi, yanlış veya eksik beyanda bulunmadığımı, aksi takdirde ortaya çıkabilecek anlaşmazlıklarda Sigorta Şirketi'nin herhangi bir sorumluluk altına girmeyeceğini; tüm risk değerlendirme ve tazminat aşamalarında, sağlık bilgilerim, sigortalılık kayıtlarım dahil bu giriş formunda belirtmiş olduğum bütün hususlar hakkında T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri, kamu kurum ve kuruluşları ve diğer ilgililerden bilgi alınması ve SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen mercilerle bahsi geçen bilgi ve kayıtların paylaşılması konusunda Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'yi yetkili kıldığımı beyan, kabul ve tasdik ederim.

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

Sigorta Ettiren/Ödeyen

Ad-Soyad/İmza:

Acente Yetkilisi

Ad-Soyad/İmza:

Sigorta Şirketi

KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş.