

SEYAHAT SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME 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, 28.10.2007 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

1. Sözleşmeye Aracılık Eden Sigorta Acentesinin;

Ticaret Unvanı :
Adresi :
Tel & Faks no. :
E-mail :

2. Teminatı veren sigortacının;

Ticaret Unvanı : Corpus Sigorta A.Ş.
Adresi : Veko Giz Plaza Maslak Meydan Sk. No: 3 Kat:19 Maslak 34485 Sarıyer/İSTANBUL
Tel & Faks no : +90 212 288 68 44 / +90 212 217 23 00
E-mail : info@corpussigorta.com.tr
Hasar İhbar Hattı : +90 212 334 20 79

B. UYARILAR

1. Yapacağınız sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi almak için, Seyahat Sağlık Sigortası genel şartlarını ve klozlarda yer alan hususları dikkatlice okuyunuz.
2. Sigortacının sorumluluğu, sigorta priminin peşin ödenmesi kararlaştırılmışsa tamamının, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın ödenmesiyle başlar. Aksi halde, poliçe teslim edilmiş olsa dahi sorumluluk başlamaz. Prim ödemesinde, "mutlaka", "kesin" gibi ifadelerle kesin vadenin kararlaştırıldığı hallerde (Borçlar Kanununun md. 107), primin veya prim taksitinin zamanında ödenmemesi durumunda ihtar olmaksızın sözleşme sona erer.
3. İleride doğabilecek birtakım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız. Ödeme belgelerinizin Corpus Sigorta A.Ş. orijinal makbuzu olmasına dikkat ediniz.
4. Sözleşmenin feshedilmesi halinde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün sayısı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir veya bu tarihe kadar ödenmeyen eksik prim, geçen gün sayısı hesap edilerek sigortacıya ödenir.
5. Sözleşmenin kurulması sırasında, sigorta süresince ve rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigortacıya eksik veya yanlış bilgi vermekten kaçınınız. Aksi takdirde, tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabilir.
6. Sözleşmenin kurulması halinde; poliçe vade bitiminde otomatik olarak yenilenmeyip, sigorta ettiren/sigortalının talebi halinde yenilenecektir. Sigortacının rizikoda bir değişiklik, hasar veya tahsilat gibi sebeplerle poliçeyi yenilememe hakkı saklıdır.
7. Sigorta sözleşmesinde yapılacak değişiklikler, poliçe eki ile gösterilir.

C. GENEL BİLGİLER

1. Seçtiğiniz teminatlar kapsamında, adınıza düzenlenecek olan poliçede, aldığınız teminatların detayları bulunmaktadır.
2. Tarafların, sigorta genel şartlarına ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmamak ve sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şart kararlaştırabilme hakkı vardır.
3. Teminat dışı haller için Seyahat Sağlık Sigortası Genel Şartlarına bakınız.
Genel Şartları www.corpussigorta.com.tr adresinden de temin edebilirsiniz.

D. RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ

1. Tazminat başvurusu için gereken bilgi ve belgelere ilişkin asgari bilgi ve belgeleri gösteren listeyi, poliçenin hazırlanmasını müteakip sigortacınızdan isteyebilir ya da şirketimiz www.corpussigorta.com.tr web sitemizden temin edebilirsiniz.
2. Rizikonun gerçekleşmesi durumunda 5 (beş) işgünü içinde, gerekli bilgi ve belgelerle birlikte ön sayfada adres ve telefonları yer alan sigortacıya başvuruda bulununuz.
3. Bildirim ve hasar süreci esnasında, sigortacı tarafından verilen talimatlar çerçevesinde hareket ediniz.

Rizikonun gerçekleşmesi hâlinde, menfaat sahibine tazminat ödeme borcu poliçe şartları dahilinde de sigortacıya aittir.

E. TAZMİNAT

1. Seyahat Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları çerçevesinde, poliçede yazılı teminatlar karşılığı yine poliçede kayıtlı limitlere kadar tazminat ödenir.
2. Poliçede kayıtlı şartlar çerçevesinde ve poliçede kayıtlı muafiyetler düşülerek hasar tazmin edilecektir.

F. TAZMİNAT ÖDEMESİ

1. Akdedilen sözleşmede muafiyet(ler) mevcut ise poliçede öngörülen şekli ile uygulanır.
2. Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz şekilde sigortacıya ulaşmasından itibaren 30 gün içinde sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.
3. Corpus Sigorta A.Ş. Tahkim sistemine üyedir.

G. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

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

SİGORTACININ

Ticaret Ünvanı : CORPUS SİGORTA A.Ş

Adres : Veko Giz Plaza Maslak Meydan Sk. No: 3 Kat:19 Maslak 34485 Sarıyer/İSTANBUL

Tel & Faks no. : +90 212 288 68 44 / 400 : +90 212 217 23 00

E-mail : MusteriHizmetleri@corpussigorta.com.tr

Sigorta Ettirenin, Adı Soyadı ve imzası

Sigortacı veya acentenin kaşesi ve yetkilinin imzası

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

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

- Bu Bilgilendirme formundaki bilgiler, formun her iki tarafça imzalandığı gün itibariyle geçerli olup, bu tarihten itibaren 15 gün içinde sözleşme kurulmamış ise koşullarda meydana gelebilecek değişiklikler sebebi ile Bilgilendirme Formunun güncellenmesi gerekebilir.