

SİZE ÖZEL SEÇİMLİ TEMİNAT VE ACİL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

HDI Sigorta A.Ş. (bundan sonra "Sigortacı" olarak anılacaktır), bu sigorta sözleşmesi uyarınca, sigortalının sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan ve bu sözleşmede tanımlanan acil durumlar ile ilgili sağlık giderlerini, ilgili teminatın alınması halinde Check-Up, kozmetik, estetik cerrahi diş ve Lasik (gözde kırma kusur cerrahisi) tedavi giderlerine ait tazminat taleplerini iş bu Özel Şartlar çerçevesinde ve teminat tablosu doğrultusunda güvence altına almaktadır.

2. TANIMLAR

Anlaşmalı Sağlık Kurumları:

Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasında yapılan bir anlaşmalı kurum sözleşmesi kapsamında ve Sigortacı tarafından sigorta sözleşmesi ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş olan sağlık kurumlarını, Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmalı kurum sözleşme şartlarını kabul ederek, anlaşmalı sağlık kurumunun faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren Kadrolu Doktorları ve eczaneleri kapsamaktadır.

Anlaşmasız Sağlık Kurumları:

Sigortacı ile arasında bir anlaşmalı kurum sözleşmesi bulunmayan sağlık kurumlarını, Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmalı kurum sözleşme şartlarını kabul etmeyen ve kendi faturasını düzenleyen Doktorları ve eczaneleri ifade eder.

Azami İyi Niyet Prensibi:

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

Sonuç olarak azami iyi niyet; 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.

Deneysel veya Araştırma Amaçlı İşlem:

Hastalığın tanı ve tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli ve yabancı otoriteler (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), tıp fakülteleri, ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı, uzmanlık dernekleri vb.) tarafından kabul görmüş olmayan, tıbbi cemiyet veya otoritelerin yapılacak işlemin deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem için bir başka kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen veya herhangi bir rahatsızlık olmadan araştırma, kontrol (check-up) amacıyla uygulandığına Sigortacı tarafından karar verilen tetkik ve tedavilerdir.

Doğuştan Gelen Hastalık (Konjenital Hastalık):

Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır.

Doktor:

Sağlık hizmetinin verildiği Coğrafi Bölgede geçerli olan yasalar çerçevesinde resmi olarak tıp doktoru unvanı ve belgesi verilmiş olan kişidir.

Dönemsel İndirimler:

Sigortacı tarafından belirlenen ve dönemsel olarak değişiklik gösterebilecek olan indirimleri ifade eder. Bu indirimler ise; aile indirimi, ödeme planı indirimi, geçiş indirimi ve diğer indirimler başlığı altında bildirilen indirimleri kapsar.

İlk Sigortalanma Tarihi:

Sigortalının özel sağlık sigortası kapsamına ilk giriş yaptığı ve Sigortacı tarafından kabul edilen ilk sigortalanma tarihini ifade eder.

İstisna:

Sigorta sözleşmesinin kapsamı dışında bırakılan durumlardır.

Kadrolu Doktor:

İlgili il Sağlık Müdürlüğü'ne Sağlık Kurumu tarafından bildirilen ve Sağlık Kurumu'nun tam zamanlı çalışanı durumunda bulunan Doktorları ifade eder.

Katılım Payı:

Sigorta sözleşmesi ekinde verilen teminat tablosunda belirtilen tutar ya da oranda, kabul edilebilir sağlık gideri üzerinden hesaplanan, Sigortalı'nın üstleneceği miktarı ifade eder.

Kaza:

Ani, beklenmeyen, istenmeyen, önceden engellenemeyen veya planlanamayan olaylar ve bu olaylardan kaynaklanan hastalık veya yaralanmalardır.

Kazanılmış Haklar:

Bu sigorta sözleşmesinde kazanılmış haklar, İlk Sigortalanma Tarihi ve Yenileme Güvencesi haklarını ifade eder.

Limit:

Sigortacı'nın teminat kapsamında bulunan ve işbu özel şartlara göre ödemeyi üstlendiği maksimum, kabul edilebilir sağlık giderini ifade eder.

Mevcut Rahatsızlık ve/veya Hastalık:

Belirtisinin/ bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı poliçe başlangıç tarihi öncesinde ortaya çıkmış rahatsızlıklar ve/veya hastalıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen durumlardır.

Muafiyet:

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği teminat kapsamında değerlendirilen sağlık giderlerinden Sigortalı'nın üstleneceği kısmı ifade eder. Muafiyet bilgisi, sigorta sözleşmesi ekinde verilen teminat tablosunda belirtilir.

Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) Hasta Bilgi Formu:

Sağlık Kurumlarından hizmet alınması durumunda Doktor tarafından doldurulması gereken formdur. İlgili form, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda mevcut olup, anlaşmasız sağlık kurumları için www.sencard.com.tr adresinden ulaşılabilir.

Police:

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı ve Sigortacı'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve yükümlülüklerini gösteren bir ispat vasıtasıdır.

Provizyon:

Sigortalı'nın tedavisiyle ilgili Anlaşmalı Sağlık Kurumu tarafından Sigortacı'nın 7/24 provizyon merkezinden istenen ön onayı ifade etmektedir.

Referans Doktor:

İşbu sözleşme kapsamında değerlendirilecek sağlık giderlerinin tıbbi gerekliliğine dair uzman görüşü alınan ve Sigortacı tarafından belirlenen anlaşmalı Doktordur.

Risk Kabul Birimi:

Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın beyanlarını ve/veya sağlık bilgilerini değerlendirerek, hangi şart ve koşullarda sigorta sözleşmesinin kurulacağına ya da sigorta sözleşmesinin kurulmamasına karar veren birimdir.

Sağlık Gideri:

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları'na göre teminat kapsamında olduğu tespit edilen, sigorta süresi içerisinde gerçekleşen, Sigortacı'nın Tıbbi Gereklilik koşuluna uygun olan, Doktor tarafından yazılı olarak planlanan tetkik ve/veya tedavi işlemlerine ait giderleri ifade eder.

Sağlık Kurumu:

Sağlık Bakanlığı'nca yasal mevzuata uygun olarak çalışma ruhsatı ile faaliyet gösteren, tıbbi bakım ve tedavi hizmeti veren hastane, klinik, poliklinik, muayenehane, teşhis ve tedavi merkezleri ile eczaneleri ifade eder.

"Sağlık Kurumu" deyimi; otel, huzurevi, bakımevi, nekahathane, yetimhane ve darülacezeleri, esas olarak uyuşturucu bağımlıları ile alkoliklerin tecrit ve tedavisi için kullanılan yerleri, sanatoryumları, kaplıcaları, sağlık hidrolarını, zayıflama merkezlerini içermez.

Sigorta Ettiren:

Sigorta Ettiren, sigorta sözleşmesini yapan ve prim ödemek dahil sigorta sözleşmesinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirme sorumluluğunu taşıyan kişidir.

Sigortalı/ Sigortalılar:

Sigortalı / Sigortalılar, Poliçede ismi/ isimleri belirtilen ve sigorta sözleşmesi ile menfaatleri teminat altına alınan ve sağlık giderlerini talep hakkı bulunan kişilerdir.

Tarife Primi:

Bilimsel kabul görmüş ya da şirketin tecrübe edilen aktüeryal metodolojileri baz alınarak geçmişin, bugünün ve geleceğin frekans, şiddet ve benzeri etkileri gözetilerek hesaplanan baz primdir.

Tazminat:

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği teminat kapsamında değerlendirilen sağlık giderlerinin, ilgili Poliçe döneminde yer alan teminat, limit, Muafiyet ve Katılım Payı dikkate alınarak ödenen tutarıdır.

Teminat:

Sigortacı'nın Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği, sigorta süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri için Sigortalı'ya verdiği güvencedir.

Tıbbi Gereklilik:

Tetkik ve tedavi işlemlerinin bir hastalığın ve/veya rahatsızlığın tedavisi için gerekli ve etkili olması durumudur. Tetkik veya tedavinin bir Doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına Tıbbi Gereklilik koşulunun bulunduğu şekilde yorumlanamaz. Uyuşmazlık durumlarında Tıbbi Gereklilik, Sigortacı'nın Referans Doktoru tarafından belirlenmektedir.

3. TEMİNATLAR

Aşağıda yer alan teminat grubu veya teminatlardan birisi veya bir kısmı veya tamamı, Poliçe ekindeki Teminat Tablosu üzerinde açıkça yazılması ve priminin ödenmesi karşılığında Poliçe Özel ve Genel Şartları'ndaki hüküm ve şartlar çerçevesinde verilir.

3.1 Yatarak Tedavi Teminatı

Bu teminat ile, Teminat Uygulama Usül ve Esasları bölümündeki Acil Tıbbi Durumlar başlığı altında belirtilen durumlarda, Sigortalının sağlık durumu stabil hale gelene kadar ameliyat ve hastanede yatarak yapılan tedavileri için, doktor, ameliyathane, oda yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır), tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığın komplikasyonlarının tedavisi için gerekli ve zorunlu diğer tıbbi hizmetlere ait giderleri ile yoğun bakım giderleri, yatarak tedavi teminatı kapsamında karşılanır.

3.2 Seçimli Ek Teminatlar Grubu

Bu teminat grubu aşağıdaki teminatları içermektedir.

- Check-up teminatı
- Diş teminatı
- Lasik (Gözde kırma kusur cerrahisi)
- Kozmetik işlemler
- Estetik cerrahisi

4. BEKLEME SÜRESİ

Bu sigorta sözleşmesi kapsamında değerlendirilen ve Teminat Uygulama Usül Ve Esasları bölümünde tanımlanmış Acil Tıbbi Durumlar ve seçimli ek teminatlar için herhangi bir bekleme süresi uygulanmamaktadır.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilen teminat dışı hallerle birlikte, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak her türlü sağlık gideri de teminat kapsamı dışındadır.

- 51.** Sigortalanmadan önce teşhisi konmuş olsun ya da olmasın, poliçe başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar ile bunların periyodik devamlılık ve nöksleri ile bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlara ilişkin tüm giderler ve sakatlıklar,
- 52.** Sözleşmenin yenilenmesi durumunda önceki sözleşme döneminde meydana gelmiş ya da ödenmiş hastalıklar ile ilgili giderler,
- 53.** Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformitelere ilişkin tetkik, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,
- 54.** HIV virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm giderler, AIDS ve komplikasyonları,
- 55.** Demansiyel sendromlar (Alzheimer Hastalığı ve bunamalar), psikiyatrik, geriatric hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları,
- 56.** Organ nakli ile ilgili tüm giderler ile kan naklinde verici giderleri,
- 57.** Özel hemşire masrafları, telefon, hastane hasta yemekleri haricindeki yiyecekler ve benzeri tüm ekstra harcamalar, suit oda farkı,
- 58.** Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve hastalıklar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen Sigortalı'nın hastalık, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri.
- 59.** Diş, diş eti, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik tetkik, tedavi ve komplikasyonları,
- 510.** Motosiklet kullanma, lisanslı ve lisanssız olarak yapılan her türlü spor ile tehlikeli sporlar sonucu meydana gelecek sakatlanma ve yaralanmalar,
- 511.** Sigortalı'nın, ehliyetsiz araç kullanımı sonucu olan kazalarının gerektirdiği tedavi masrafları,
- 512.** Teminat Uygulama Usül Ve Esasları bölümündeki "Acil Tıbbi Durumlar" başlığı altında belirtilenlerin dışında olan bir durumdan dolayı gerçekleşen tüm masraflar teminat kapsamı dışındadır.
- 513.** Özel şartlarda tanımlanmış olmakla beraber Poliçe'nin teminat tablosunda belirtilmeyen teminatlar ve bu teminatlar kapsamındaki tüm işlemler,
- 514.** Seçimli Ek Teminatlar bölümünde belirtilmiş olan teminatların, Teminat Uygulama Usül Ve Esasları içerisinde belirtilmeyen her türlü uygulama ve komplikasyon giderleri,
- 515.** Seçimli Ek Teminatlarda tanımlanmış işlemler dışındaki tüm giderler, konsültasyon ücretleri, paket içerisinde belirtilen yatış gün sayısını aşan durumlarda uzayan yatışlara ait tüm giderler, (ilaç, tahlil, tetkik ve yatak giderleri vb.)
- 516.** Sigortalı'nın vefatı halinde cenaze ile ilgili giderler. (morg, cenaze nakli vb.)
- 517.** Hamilelik ve doğum ile ilgili tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,

- 5.18.** Sigortalının hastalık sonucu çalışmaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,
5.19. Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası.

Sigortacı, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu "Teminat Dışı Kalan Haller"de düzenlemeler yapabilir. "Teminat Dışı Kalan Haller"de yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Bu sigorta sözleşmesi, Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.) sınırları içinde geçerlidir. Seçimli ek teminatlar, teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumları dışında kapsam dışıdır.

7. TEMİNATLARIN UYGULAMA USÛL VE ESASLARI

7.1 YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

Sigortalının, Acil Tıbbi Durumlar başlığı altında belirtilen durumlarda Sigortalının sağlık durumu stabil hale gelene kadar ameliyat ve hastanede yatarak yapılan tedavileri için, doktor, ameliyathane, oda yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır), tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığın komplikasyonlarının tedavisi için gerekli ve zorunlu diğer tıbbi hizmetlere ait giderleri ile yoğun bakım giderleri, teminat tablosunda belirtilen limit dahilinde bu teminat kapsamında karşılanır.

Sigortalının sağlık durumu stabil hale geldikten sonra gerçekleşmiş tetkik ve tedaviler, kapsam dışındadır.

Sigorta süresinin sona ermesi ve yeniden sözleşmenin yapılmaması durumunda, sona erme tarihinden önce Sigortacıya bildirilen ve kabul gören sağlık durumları için, teminat tablosu ve özel şartlara tabi olmak şartıyla, hastanede yatarak tedavi gören sigortalı için teminat tedavi sonuna kadar devam eder. Ancak bu süre hiçbir şekilde poliçe bitiş tarihinden itibaren 15 günü ve teminat tablosunda belirtilen limiti geçemez.

Sigortalıların, ameliyatı gerçekleştirecek olan doktorun operatör ücreti olarak alacağı tutarın ameliyat olmadan önce öğrenilmesi ve bu tutarın poliçe kapsamında ödenip ödenmeyeceğinin sigorta şirketine sorulması dikkat edilmesi gerekli bir noktadır.

Teminat kapsamına giren ve girmeyen ameliyatların bir arada yapılması durumunda, kapsama girmeyen ameliyat veya ameliyatlara ilgili giderler karşılanmaz. Teminat kapsamına giren ameliyat veya ameliyatlara ilgili ödenebilecek fatura tutarı, ameliyatların TTB asgari ücret tarifesinde yer alan birimleri doğrultusunda ağırlıklı ortalamaları dikkate alınarak hesaplanır.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tetkik ve tedavi işlemleri kapsam dışıdır. Ancak, teminat kapsamındaki acil tıbbi durumlardan herhangi biri nedeni ile yapılan acil başvurularda anlaşmalı kurumda ilgili tedaviyi

yapabilecek kadrolu doktor olmaması şartı ile kadrolu olmayan doktor için ödenecek ücret, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nun Sigortacı ile sözleşmesi gereği, kadrolu doktoruna ödenecek tutar ile limitlidir.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında yapılan ve TTB Asgari Ücret Tarifesinde yer almayan işlemler, TTB'den alınacak görüş doğrultusunda değerlendirilecektir.

7.1.1. Acil Ulaşım

Tanımlar kısmında yapılan "Acil Tıbbi Durum" tanımına uyan hallerde Sigortalı'nın, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna nakli için yapılan kara ambulansı giderleri Sigortacı'nın onay vermesi kaydıyla bu teminat kapsamında, teminat tablosunda belirtilen limit dahilinde ödenir.

7.1.2. Acil Tıbbi Durumlar

7.1.2.1. Akut Batın,

Mide, bağırsak gibi içi boş organların delinmesi, tıkanması ya da düğümlenmesi, iltihaplanması, vb. gibi acil müdahale gerektiren durumlar.

7.1.2.2. Akut Solunum Problemleri,

Astım krizi, tahriş edici gazların solunması,

7.1.2.3. Akut Masif Kanama, Kan Kaybı,

Ani başlayan, müdahale edilmediği takdirde kişinin hemodinamik dengelerinde bozulmaya yolaçabilecek miktarda ve hızda kan kaybına yol açan kanamalar.

7.1.2.4. Ani Şuur Kaybı,

Santral sinir sistemi hastalıkları, sıvı ve elektrolit dengesi bozuklukları, endokrin bozukluklar ve kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları sonucunda ani bilinç kaybının geliştiği durumlar.

7.1.2.5. Ani Felçler (Serebrovasküler Olay),

Beyni besleyen damarlarda tıkanma veya darlık nedeniyle beyin kanlanması aniden kesilmesi (iskemik) veya beyin damarlarından birinin aniden yırtılması ile kanın çevre doku içine yayılması (kanamalı) sonucunda beyin dokusu ve hücrelerinin zarar görmesiyle ortaya çıkan ağır nörolojik tablodur.

7.1.2.6. Ciddi Alerji, Anafilaktik Tablolar,

Kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları.

7.1.2.7. Ciddi Göz Yaralanması,

7.1.2.8. Ciddi İş Kazaları ve Uzun Kopması,

7.1.2.9. Diabetik ve Üremik Koma,

Diabet (şeker hastalığı) ve böbrek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından

başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar.

7.1.2.10. Donma, Soğuk Çarpması,

7.1.2.11. Elektrik Çarpması,

7.1.2.12. Hayvan Isırıkları,

7.1.2.13. Kurşunlanma, Bıçaklanma vb.

7.1.2.14. Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi,

Beyin ve omuriliği kaplayan zarların enfeksiyonu (menenjit), beyin parankiminin yaygın inflamasyonu (ensefalit), beyin veya beyincik çevresindeki bölgede ensefalit ile seyreden pü birikimi (beyin absesi) olarak tanımlanan durumlar.

7.1.2.15. Miyokard İnfarktüsü (MI) , Aritmi, Hipertansiyon Krizleri,

Geçirilmekte olan kalp krizi, tedavi gerektiren kalp ritmi bozukluğu türleri, kan basıncının beyin kanaması vb. ciddi durumlara yol açabilecek derecede yükselmesi.

7.1.2.16. Migren ve/veya Kusma, Şuur Kaybıyla Beraber Olan Baş Ağrıları,

7.1.2.17. Renal Kolik,

Böbrek taşlarının yol açtığı, ilerlemesi durumunda idrar yolu ya da böbrek hasarına yol açabilecek şiddetli ağrı oluşturan durum.

7.1.2.18. Suda Boğulma,

7.1.2.19. Solunum ve Sindirim Sistemine Yabancı Cisim Kaçması,

7.1.2.20. Tecavüz,

7.1.2.21. Tüm Vücut Kırıkları,

Ortopedik müdahale gerektiren tüm vücut kırıkları ile büyük dış veya iç kanamaya yol açan kırıklar, her türlü omurga kırıkları.

7.1.2.22. Tüm Eklem Çıkıkları,

Tekrarlayan çıkıklar hariç eklem çıkıkları,

7.1.2.23. Trafik Kazası ve Travmaya Bağlı Yaralanmalar,

Harici bir etkenin darbesine maruz kalınması neticesinde cilt, ciltaltı, fasya veya kas dokularını içine alabilen ve acil cerrahi onarım gerektiren yaralanmalar.

7.1.2.24. Yanık,

Sıcak soğuk, fiziksel ve kimyasal etkenlere maruz kalınması sonucu oluşan 2. veya 3. derecede olan yanıklar.

7.1.2.25. Yüksek Ateş,

Zehirlenme, infeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konvizyona (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede (39 °C üzerinde) yükselmesi.

7.1.2.26. Yüksekten Düşme

Acil müdahale yapılmaması halinde hayati tehlikeye neden olan yaralanma.

7.1.2.27. Zehirlenme,

Gıda, ilaç veya kimyasal maddelere bağlı tüm zehirlenmeler.

72 SEÇİMLİ EK TEMİNATLAR GRUBU

Aşağıda yer alan teminat grubu veya teminatlardan birisi veya bir kısmı veya tamamı, Poliçe ekindeki Teminat Tablosu üzerinde açıkça yazılması ve priminin ödenmesi durumunda geçerlidir.

Seans limiti olan seçimli teminatlar için Sigortacı tarafından anlaşmalı kuruma paket ödeme yapılır. Bu nedenle, Sigortalı tarafından seans sayısının tamamlanmaması durumunda da Sigortacı primin tamamına hak kazanır.

Seçimli ek teminatlar, teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında geçerlidir. Anlaşmalı sağlık kurumlarında belirlenen doktor dışında doktor seçilmesi ya da dışarıdan doktor getirilmesi kapsam dışındadır.

7.2.1. Check-up Teminatı

Sözleşme ekindeki teminat tablosunda içeriği ve geçerli olduğu anlaşmalı sağlık kurumlarının belirtildiği check-up işleminin değerlendirildiği teminatı ifade eder.

Check-Up Teminatı sadece, teminat tablosunda belirlenen anlaşmalı sağlık kurumlarında geçerlidir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen Check-Up işlemi kapsam dışıdır.

7.2.2. Diş Teminatı

7.2.2.1. Diş Sağlığı Teminatı

Sözleşme ekindeki teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında yapılacak diş muayenesi, panoramik röntgen ve diş taşı temizliği (her iki çene) işlemlerinin değerlendirildiği teminatı ifade eder.

Diş Sağlığı Teminatı sadece, teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında yılda bir kez yapılması kaydı ile geçerlidir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen diş tedavileri teminat kapsamı dışındadır.

7.2.2.2. Diş Beyazlatma

Dişin doğal rengini açmak ya da sigara, yiyecek ve içeceklerdeki boyalı maddeler nedeni ile diş yüzeylerinin koyulaşan rengini beyazlatmak için farklı yöntemlerin kullanıldığı bir uygulamadır.

Sözleşme ekindeki teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında yapılacak diş beyazlatma (her iki çene) işleminin değerlendirildiği teminatı ifade eder.

Diş beyazlatma teminatı sadece, teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında yılda bir kez yapılması kaydı ile geçerlidir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen işlemler teminat kapsamı dışındadır.

7.2.3. Lasik (Gözde Kırma Kusur Cerrahisi)

Sözleşme ekindeki teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumunda ve anlaşmalı sağlık kurumu tarafından belirlenmiş doktor tarafından Lasik yöntemi ile yapılacak olan kırma kusuru cerrahisi ile ilgili giderleri kapsamaktadır.

Bu pakete, sigortalının Lasik operasyonuna uygunluğunun tespit edildiği Göz haritası tetkiki, ameliyat ve ameliyat sonrası 3 aya kadar kontrol muayenesi dahildir.

Lasik ameliyatı, teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumunda bir kez yapılması kaydı ile geçerlidir. Bu kurum ve kurum tarafından belirlenen doktor dışında gerçekleşen işlemler teminat kapsamı dışındadır.

7.2.4. Kozmetik İşlemler

Kozmetik işlemler paket içeriğindeki ilacın kullanımı, kişiden kişiye değişiklik gösterebilir. Tek bir paket tek bir seansta belirtilen uygulama alanlarını içermek ile birlikte, paket içeriğinde yer alan mevcut ilacın dozunun yetmemesi durumunda, istenilen bölge önceliğinde, kalan bölgeler için ekstra ilaç paket dışı fiyatlandırılacak olup paket dışı harcamalar Sigortalı tarafından ödenecektir.

Genel içerikli olarak hazırlanmış paketler olduğundan, doktorun veya kişinin farklı bir ilaç, uygulama vb. talep etmesi durumunda, ilgili paket fiyat harici tutarlar bu teminat kapsamı dışındadır.

7.2.4.1. Botox Yüz

Alın, göz çevresi ve kaş arasında oluşan mimik izi ve kırışıklıkları yok etmek amacı ile botox uygulamasını kapsar. Uygulama sonrası etkisi 3-4 ay sürebilmektedir.

Botoks Yüz Paketinin alınması halinde sigortalı, tek seansta uygulamayı hem alın, hem göz çevresi, hem de kaş arasına yaptırabilecektir.

Botox yüz teminatı sadece, teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında yılda bir kez yapılması kaydı ile geçerlidir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen işlemler teminat kapsamı dışındadır.

7.2.4.2. Botox El - Ayak

Terlemeye karşı el ve ayak bölgelerine botoks uygulamasını kapsar. Uygulama sonrası etkisi 6 ay sürebilmektedir.

Botoks El-Ayak paketinin alınması halinde Sigortalı, tek bir seansta ya ellerine ya da sadece ayaklarına uygulamayı yaptırabilecektir.

Botox El-Ayak teminatı sadece, teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında yılda bir kez yapılması kaydı ile geçerlidir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen işlemler teminat kapsamı dışındadır.

7.2.4.3. Botox Koltukaltı

Terlemeye karşı koltukaltlarına uygulanan botoks işlemini kapsar. Uygulama sonrası etkisi 6 ay sürebilmektedir.

Botoks koltukaltı paketinin alınması halinde Sigortalı tek bir seansta her iki koltuk altı için uygulamayı yaptırabilecektir.

Botox koltukaltı teminatı sadece, teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında yılda bir kez yapılması kaydı ile geçerlidir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen işlemler teminat kapsamı dışındadır.

7.2.4.4. Dolgu 1

Dolgu enjeksiyonu dudak, nazolabial bölge (burun ve dudak arası) ve yanaklara uygulanır. Uygulama sonrası etkisi 3-4 ay sürebilmektedir.

Dolgu 1 paketinin alınması halinde paket, yukarıda belirtilen bölgelerden sadece biri için geçerli olup, bu pakette 1 (bir) adet dolgu maddesi kullanılmaktadır.

Dolgu 1 teminatı sadece, teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında yılda bir kez yapılması kaydı ile geçerlidir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen işlemler teminat kapsamı dışındadır.

7.2.4.5. Dolgu 2

Dolgu enjeksiyonu dudak, nazolabial bölge (burun ve dudak arası) ve yanaklara uygulanır. Uygulama sonrası etkisi 3-4 ay sürebilmektedir.

Dolgu 2 paketinin alınması halinde paket, yukarıda belirtilen bölgelerden sadece biri için geçerli olup bu pakette 2 (iki) adet dolgu maddesi kullanılmaktadır.

Dolgu 2 teminatı sadece, teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında yılda bir kez yapılması kaydı ile geçerlidir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen işlemler teminat kapsamı dışındadır.

Dolgu 1 ve Dolgu 2 Paketleri İçin Önemli Not:

Doktorun veya kişinin farklı bir dolgu maddesi talep etmesi halinde paket harici tutar kapsam dışı olacaktır.

7.2.4.6. Kavitasyon

Bölgesel zayıflama için kavitasyon işleminin ödendiği teminatı ifade eder.

Kavitasyon teminatı sadece, teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında yılda 5 seans yapılması kaydı ile geçerlidir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen işlemler teminat kapsamı dışındadır.

7.2.4.7. Diyetisyen Paket 1

Bu paket 6 (altı) seanslık diyetisyen görüşmesini içermektedir. Bu teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında geçerlidir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen işlemler teminat kapsamı dışındadır.

7.2.4.8. Diyetisyen Paket 2

Bu paket 8 (sekiz) seanslık diyetisyen görüşmesini içermektedir. Bu teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında geçerlidir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen işlemler teminat kapsamı dışındadır.

7.2.5. Estetik Cerrahi

7.2.5.1. Liposuction

Liposuction, vücutta belli bölgelerde toplanmış cilt altı yağ dokularının vakum ve kanüller (metal borular) yardımıyla alınmasını sağlayan bir ameliyattır.

Bu teminat, 1 alan, 2-3 alan ve 5 alanı içeren 3 ayrı paket şeklinde alınabilmektedir. Alan belirlenirken, işlem sırasındaki kesi sayısı göz önüne alınmaktadır. Örneğin; kollara yapılan liposuctionda, her bir kol bir alan olarak değerlendirilir.

Alınan paketin kaç alanı kapsadığı ve geçerli olduğu anlaşmalı sağlık kurumları teminat tablosunda belirtilmektedir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen işlemler teminat kapsamı dışındadır.

7.2.5.2. Rinoplasti

Rinoplasti; buruna kalıcı şekil verme, estetik olarak burun şeklini değiştirme ameliyatı anlamına gelir.

Bu teminat, "Rinoplasti, komplike olmayan, greft kullanılmayan" ameliyatını kapsamakta olup, teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında geçerlidir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen işlemler teminat kapsamı dışındadır.

7.2.5.3. Saç Ekimi (FUE)

Foliküler ünite ekstraksiyonu (FUE) yöntemi, saç köklerinin özel ince uçlu iğneler ile ense üzerinden ya da vücudun belirli bölgelerinden tek tek alınarak seyrelmiş ya da tamamen dökülmüş olan bölgeye nakledilmesidir.

Bu teminat, 2.500-3.500 adet greftin uygulandığı saç ekimi işlemini kapsar. Saç ekim tekniğinde kullanılan greft tanımı ise saç kümelerini ifade etmekte olup, işlemin süresini ve fiyatını da belirleyen bir unsurdur.

Saç ekimi teminatı sadece, teminat tablosunda belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında geçerlidir. Bu kurumlar dışında gerçekleşen işlemler teminat kapsamı dışındadır.

Estetik Cerrahi Teminatları için Önemli Not:

Yukarıda detayı belirtilen paketlere (saç ekimi hariç), operasyona ait doktor ücretleri (operatör, anestezi, asistan), ameliyathane, anestezi (genel, spinal blok veya sedasyon),

1 günlük oda ve refakat (1 kişi), ve ameliyat ile ilgili tüm hastane masrafları (ilaç, pre-op tetkikler) dahildir.

Teminat kapsamındaki ameliyatlar için öğretim üyesi farkı, ameliyat sonrasında ağrı azaltıcı işlemler ve malzemeleri kapsam dışıdır.

8. SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMA ESASLARI

8.1 ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ait güncel listeye, Sigortacı'nın internet sitesi olan www.sencard.com.tr adresinden ulaşılabilir. Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda önceden bildirimde bulunmaksızın değişiklik yapabilir. www.sencard.com.tr adresinden ulaşılacak kurumlara ait bilgiler sadece bilgilendirme amaçlı olup, hizmet alınmadan önce Sigortacı'dan provizyon alınması gerekmektedir.

Seçilen Anlaşmalı Kurumun, Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde yer alması, bu kurumun Sigortacı tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Sigortacı tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş Anlaşmalı Kurum'un hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum sorumlu olup; hiçbir halde Sigortacı'nın sorumluluğuna gidilemez.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda gerçekleştirilecek sağlık giderleri için, teminat tablosunda belirtilen limit ve Sigortalı katılım payı doğrultusunda, Sigortacı tarafından, Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme kapsamında, doğrudan ödeme yapılması için ön onay verilir.

Provizyon sırasında verilen onay, Sigortacı'nın tazminat değerlendirmesi sonucunda ödeme veya ödememe kararını verdiği safhada, teminat ve gerekse ödeme bakımından farklı bir sonuca varmasına engel değildir.

Sigortalı başvurduğu Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda Sigortalı olduğunu belirtmek, T.C Kimlik numarasının yazılı olduğu resimli kimlik belgesini ibraz etmek ve varsa teminat tablosunda belirtilen katılım payı ve muafiyet tutarını ödemekle yükümlüdür.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tetkik ve tedavi işlemleri kapsam dışıdır. Ancak, teminat kapsamındaki acil tıbbi durumlardan herhangi biri nedeni ile yapılan acil başvurularda anlaşmalı kurumda ilgili tedaviyi yapabilecek kadrolu doktor olmaması şartı ile kadrolu olmayan doktor için ödenecek ücret, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nun Sigortacı ile sözleşmesi gereği, kadrolu doktoruna ödenecek tutar ile limitlidir.

8.2 ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMLARI

Anlaşmasız Sağlık Kurumu olarak tanımlanan kişi ve kurumlarda tedavi yapılması halinde, tedavi gideri kapsam dışıdır. Ancak, sadece teminat kapsamındaki acil tıbbi durumlar nedeniyle tedavi yapılması halinde, tedavi gideri öncelikle Sigortalı tarafından

ödenir.

Tazminatın değerlendirilmesi için gerekli belgeler Sigortacı'ya ulaştıktan sonra, Poliçe Özel ve Genel Şartları ile Teminat Tablosuna göre değerlendirme yapılır.

9. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigortalıların, sadece acil tıbbi durumlar nedeniyle anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık giderlerinin ödenebilmesi için, aşağıda belirtilen belgeleri Sigortacı'ya ulaştırması gerekmektedir:

- a. Özel Sağlık Sigortası Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kuruluşu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- b. Tüm giderlerin fatura asılları ve (işlem bazlı) ayrıntılı fatura dökümleri,
- c. Ameliyat raporu ve/veya epikriz raporu,
- d. Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- e. Her türlü adli olaylarda (trafik kazası dahil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),

Tazminat talebinin değerlendirilebilmesi için, gerekli görülmesi durumunda, Sigortacı tarafından Sigortalı'dan ek bilgi ve belgeler talep edilebilir. Sigortacı, tedavi giderleri için daha fazla araştırma yapmak, Sigortalı'nın tedavisini gerçekleştirecek olan doktor, sağlık kurumu ve diğer kişilerden tanı ve/veya tedavi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, referans doktora Sigortalı'yı muayene ettirme hakkına sahiptir.

Tazminat talepleri, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile işbu Özel Şartlar çerçevesinde ve teminat tablosu doğrultusunda, sunulmuş olan bilgi ve belgeler dikkate alınarak değerlendirilir.

Tazminata konu olan sağlık giderinin sigortalı katılım payı ve/veya muafiyet tutarı olarak değerlendirilen bölümü için Sigortalı'ya ödeme yapılmaz. Ancak, Sağlık Gideri olarak gönderilen toplam fatura tutarından, Poliçe Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak, varsa kapsam dışı giderler çıkarıldıktan sonra onaylanan toplam tutar, kabul edilebilir harcama tutarı olarak değerlendirilir varsa ilgili teminat limitinden düşülür.

Tazminat ödemesi, başvuru aşamasında doldurulmuş başvuru formunda bildirilen banka hesabına tazminat değerlendirmesi için gerekli tüm bilgi ve belgelerin Sigortacı'ya ulaştığı tarihten itibaren en geç 5 (beş) iş günü içinde yapılacaktır. Bu hesabın artık kullanılmaması veya tazminat ödemesinin başka bir hesap numarasına yapılmasının istenmesi halinde, yeni hesap numarasının, Özel Sağlık Sigortası Bilgi Formu'na yazılması gerekmektedir.

Sigortacı'nın poliçe genel ve özel şartlarındaki haklarını kullanabilmesi bakımından tazminat değerlendirmesi sonucunda ödeme veya ödememe kararını verdiği tarih esas olacaktır.

Sigortalı'nın oluşan sağlık giderine üçüncü şahısların neden olması halinde, Sigortacı

Sigortalı'nın yerine geçerek ödediği tazminat tutarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

10. BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Bu sözleşme kapsamında sigortalanacak kişilerden sağlık beyanı alınmamakta ve risk değerlendirmesi yapılmamaktadır.

Sigorta Ettiren ve Sigortalı, Sigortacı'nın, bu başvuru sonrasında kurulabilecek Sağlık Sigortası Sözleşmesi'nin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi vb.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalı adayları için doktor, sağlık kurumları, sigorta şirket(ler)i ve/veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile doğrudan doğruya ya da Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi vasıtasıyla, gizlilik sözleşmesi bulunması kaydıyla, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, sır niteliğindeki bilgileri öğrenebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dâhil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmesi görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde tüm sigortalılar ve sigorta ettiren hakkında toplayacağı her türlü bilgiyi, verebilmesini kabul ve beyan eder.

11. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE YENİLEME GÜVENCESİ

11.1. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİNE İLİŞKİN UYGULAMA ESASLARI

Sözleşmenin yenilenmesi, mevcut sigorta sözleşmesinin, sonra ermesini takiben, Sigortacı'nın yapacağı değerlendirme sonucunda, sigorta bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yapılmasını ifade eder.

Police süresi bittikten sonra, Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı'nın talebi doğrultusunda 64 yaşına kadar yenilenebilir.

Yeni yapılan sözleşme, biten sözleşme ile aynı teminat yapısına sahip olabileceği gibi, Sigorta Ettiren / Sigortalı ürün, anlaşmalı sağlık kurum ağı ve teminat değişikliği talebinde bulunabilir. Sigortacı'nın yeniden risk değerlendirmesi yaparak talebi kabul etmesi halinde değişik teminat yapısına sahip planlarından birisi ile yeniden sözleşme yapılabilir.

11.2. YENİLEME GÜVENCESİ

Bu sözleşme kapsamında sigortalanacak kişilere Yenileme Güvencesi (YG) verilmemektedir.

12. PRİM TESPİTİ

İlk defa sigortalanacak kişilerin prim tespitinde, ürün tarife fiyatı baz alınır. Aynı planda kalmak suretiyle poliçesinin yenilenmesine karar verilen kişi için yenileme primi, aynı yaş ve cinsiyetteki ilk defa sigortalanacak sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 katını geçemez.

PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

12.1.1. Tarife Primi:

Bilimsel kabul görmüş ya da şirketin tecrübe edilen aktüeryal metodolojileri baz alınarak geçmişin, bugünün ve geleceğin frekans, şiddet ve benzeri etkileri gözetilerek

hesaplanan baz primdir.

12.1.2. Poliçe Primi:

Tarife primleri baz alınarak, "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış ek prim ve/veya indirimlerin (dönemsel indirimler hariç) uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen primi ifade eder.

12.1.3.Ödenecek Poliçe Primi:

Poliçe primleri baz alınarak "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış tüm dönemsel indirimlerin uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen ödenecek primi ifade eder.

12.2. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Bu sözleşme kapsamında sigortalanacak kişiler için herhangi bir indirim veya ek prim uygulanmamaktadır.

13. SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI

Bu sigorta ile, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden, 18 – 64 yaş aralığındaki kişiler ile ebeveynlerinden en az biri ile sigortalanmak kaydı ile 18 yaşından küçük çocuklar sigortalanabilmektedir.

13.1 YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Yürürlükte olan sözleşmeye, yıl içerisinde yeni sigortalı girişi yapılması ancak aşağıdaki durumlarda ve ilgili olayların gerçekleşme tarihlerinden itibaren 30 gün içerisinde (yeni doğan ve evlat edinilen çocuk için 60 gün içinde) Sigortacı'ya başvuru yapılması durumunda mümkündür.

- Evlenme nedeniyle eşin dâhil edilmesi,
- Doğum nedeniyle yeni doğan bebeğin dâhil edilmesi,
- Evlat edinilmesi nedeniyle çocuğun dâhil edilmesi.

Süresi içerisinde yapılan başvurular, Özel ve Genel Şartlar çerçevesinde değerlendirilecek ve kabul edilmesi halinde, poliçeye giriş tarihleri olarak başvuru tarihi esas alınacaktır.

Poliçeye eklenecek kişilerin (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) primleri, yıllık prim üzerinden gün esasına göre hesaplanarak alınacaktır.

14. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Bu sözleşme kapsamında sigortalanacak kişiler için, başka bir sigorta şirketinden geçiş alınmamakta ve Kazanılmış Haklar korunmamaktadır.

15. SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ

15.1 SİGORTA SÜRESİ

Sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu dönemi ifade eder. Sigortanın süresi, 1 yıldır ve poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında yürürlükte kalır. Poliçe üzerinde belirtilen başlangıç tarihinde saat 12.00'de başlar ve poliçe üzerinde belirtilen bitiş

tarihinde, saat 12.00'de sona erer.

152 SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

Sigorta teminatları, başvurunun Sigortacı tarafından onaylanması ve poliçe priminin tamamının veya taksitli ödenmesi kararlaştırıldı ise ilk taksidinin ödenmesi ile yürürlüğe girer.

Sigorta Ettiren, Sigorta Ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini, kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer. Sigorta Ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 15 gün içinde ödemediği takdirde sigorta teminatı durur ve Sigortacı tarafından Sigorta Ettiren'in bilinen son adresine yazılı ihtar gönderir. Riskin gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren 15 gün içinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur.

SİGORTA ETTİREN VE/VEYA SİGORTALI'NIN İPTAL HAKKI

15.3.1. Başlangıçta İptal Hakkı

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı, poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunması halinde, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yeni poliçede herhangi bir tazminat talebinin ve/veya ödemesinin olmaması kaydıyla, ödenen primler kesintisiz olarak Sigorta Ettiren'e iade edilir.

İptal tarihine kadar yeni poliçede herhangi bir tazminat talebinin ve/veya ödemesinin olması veya 30 günden sonra gelmesi durumunda, 15.3.2. maddesi uyarınca iptal yapılır.

15.3.2. Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı isteği üzerine poliçe başlangıç tarihinde itibaren ilk 30 günden sonra iptal edilmesi durumunda;

Acil tıbbi durumlar teminatına ilişkin prim iade tutarı, poliçenin geçerli olduğu gün sayısının toplam sigortalılık süresine oranı esas alınarak hesaplanır. Poliçe geçerlilik süresi içerisinde ödenen toplam tazminat tutarı, gün esasına göre hesaplanmış brüt primin %65'ine eşit veya küçük ise, ödenmiş toplam primden, gün esaslı hesaplanan prim tutarı düşülerek kalan tutar Sigorta Ettiren'e ödenir. Toplam tazminat tutarının, gün esaslı hesaplanan brüt prim tutarının 65%'ini aşması durumunda ise, poliçenin iptali sonucunda prim iadesi yapılmaz.

Seçimli Ek Teminatlarda prim iade tutarı; Sigortalılık süresince ilgili ek teminata ilişkin herhangi bir tazminat ödemesi yapılmış ise prim iadesi yapılmaz. Seans limiti olan seçimli teminatlar için Sigortacı tarafından anlaşmalı kuruma paket ödeme yapılır. Bu nedenle Sigortalı tarafından seans sayısının tamamlanmaması durumunda da, Sigortacı primin tamamına hak kazanır. Tazminat ödemesi yapılmamış ise, ödenmiş toplam primden sigortalı kalınan gün dikkate alınarak gün esaslı hesaplanan prim tutarı düşülerek, kalan tutar Sigorta Ettiren'e iade edilir. Sözleşmenin iptal edilmesi durumunda Sigortalı, sigortalı kalınan dönemine ilişkin, geriye dönük tazminat

talebinde bulunamaz.

Bunlara ek olarak, Tanımlar bölümünde yer alan “Azami İyi Niyet Prensibi” ilkelerine aykırı davranan, sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya sağlık gider belgelerinin sözleşme kapsamındaki diğer kimseler adına düzenlettilmesi gibi kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda Sigortacı, teminat kapsamına aldığı ve ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve Sigortalı’yı mebdeinden olmak üzere sözleşmeden çıkartma hakkına sahiptir. Sigortalının, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile Sigortacı’nın uğrayacağı zararlardan Sigorta Ettiren, Sigortalı ile birlikte sorumludur.

15.3.3. Diğer

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı’nın “Azami İyi Niyet Prensibi” ilkelerine aykırı davranan, sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya sağlık gider belgelerinin sigorta sözleşmesi kapsamındaki diğer kimseler adına düzenlettilmesi gibi kötü niyetli hareketlerinin saptanması durumunda Sigortacı, bu şekilde yapılmış bir tazminat talebini ödemiş olduğu olması halinde, ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve sigorta sözleşmesini bazı veya tüm sigortalılar için kısmen veya tamamen mebdeinden iptal etmek hakkına sahiptir. Sigortalının, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile Sigortacı’nın uğrayacağı zararlardan Sigorta Ettiren, Sigortalı ile birlikte sorumludur.

15.4. VEFAT DURUMU

Sigorta Ettiren’in vefatı durumunda, sözleşme hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren’in sözleşmede yer almadığı ve Sigortalı’ların Sigorta Ettiren’i değiştirerek sözleşmeyi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren’in kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı’ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda Sigorta Ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Sigorta Ettiren’in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir sözleşmede, Sigorta Ettiren’in vefatı durumunda sözleşme hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu sözleşmelerde, sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının sözleşmeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki Sigorta Ettiren’e yapılır.