

1.	SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	3
2.	TANIMLAR.....	3
3.	TEMİNATLAR	10
3.1.	YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU.....	10
3.2.	AYAKTA TEDAVİ TEMİNAT GRUBU	11
3.3.	EK TEMİNATLAR.....	12
3.3.1.	UZAKTAN SAĞLIK HİZMETİ TEMİNATI	12
3.3.2.	CHECK UP	12
4.	BEKLEME SÜRESİ	12
5.	TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER.....	12
6.	COĞRAFİ KAPSAM	17
7.	TEMİNATLARIN UYGULAMA USÛL VE ESASLARI	17
7.1.	YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU	17
7.1.1.	AMELİYAT.....	18
7.1.2.	HASTANE TEDAVİSİ.....	18
7.1.3.	GÜNÜBİRLİK TEDAVİ	18
7.1.4.	HASTANE DIŞI TEDAVİ	19
7.1.5.	SUNİ UZUV	20
7.1.6.	ACİL ULAŞIM	20
7.1.7.	TIBBİ MALZEME.....	20
7.2.	AYAKTA TEDAVİ TEMİNAT GRUBU.....	21
7.2.1.	DOKTOR MUAYENE	21
7.2.2.	LABORATUVAR.....	21
7.2.3.	GÖRÜNTÜLEME	21
7.2.4.	MODERN TEŞHİS.....	22
7.2.5.	FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON.....	22
7.3.	DOĞUM TEMİNATI	22
7.3.1.	ANNELİK DOĞUM:.....	22
7.3.2.	ANNELİK RUTİN KONTROL:.....	23
8.	SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMA ESASLARI	23
8.1.	ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI	23
8.2.	ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMLARI	24
9.	TAZMİNAT ÖDEMESİ	24
10.	BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ	27
11.	SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	28
11.1.	SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİNE İLİŞKİN UYGULAMA ESASLARI.....	28
11.2.	ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ (ÖBYG)	29
12.	PRİM TESPİTİ	32
13.	SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI.....	35
13.1.	DEVAM EDEN POLİÇEYE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ.....	37
14.	GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR	37
15.	SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ	38
15.1.	SİGORTA SÜRESİ	38
15.2.	SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI	38

15.3.	SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	39
16.	YAPTIRIMLAR	41

SİZE ÖZEL TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta ile, HDİ Sigorta A.Ş. (bundan sonra “Sigortacı” olarak anılacaktır), Sigortalı’nın sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarına ait sigorta süresi içinde gerçekleşen GSS kapsamında alınan sağlık hizmeti giderlerinin;

- Anlaşmalı ve Anlaşmasız Sağlık Kurumları tarafından alınan ilave fark ücretlerini,
- Otelcilik ücreti gibi Sigortalı’dan alınabilecek tutarları ve işbu Özel Şartlar ile sınırlı olmak koşulu ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedellerini,

İşbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe ekinde yer alan teminat tablosu doğrultusunda güvence altına almaktadır.

Poliçe kapsamında yer alan teminatlar, sadece poliçede sigortalı olarak belirtilen kişiler için ayrı ayrı geçerli olup, poliçede sigortalı olarak yer almayan kişiler sigorta teminat kapsamından yararlanamazlar.

2. TANIMLAR

Anlaşmalı Sağlık Kurumları:

Sigortacı ile Sağlık Kurumu (GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan) arasında yapılan 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 (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) ve eczaneleri kapsamaktadır.

Anlaşmasız Sağlık Kurumları:

GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olup Sigortacı ile arasında bir anlaşmalı kurum sözleşmesi bulunmayan Sağlık Kurumları ve kendi faturasını düzenleyen Doktorları ile 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 ve tamamlayıcı belgelerde doğru bilgi vermek/ beyanda bulunmak ve 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 yer vermeyecek şekilde, gönüllü olarak Sigortacı'ya bildirmesidir.

Bireysel (Ferdî) Sağlık Sigortası:

Bireyin tek başına veya eş ve çocuklarından oluşan ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

Coğrafi Kapsam:

Poliçede yer alan plan ve teminatların coğrafi geçerliliğini (Tüm Dünya/Türkiye gibi) gösteren özelliştir.

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.

Grup (Kurumsal) Sağlık Sigortası:

Sigorta Ettiren tüzel kişilik ile, bordro, öğrencilik, üyelik gibi ilişkisi olan kişiler ile eş ve çocuklarının aynı poliçe kapsamında sigortalandığı sağlık sigortası türüdür.

Genel Şartlar:

Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu tarafından belirlenen Sağlık Sigortası Genel Esasları'dır. Genel Şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır.

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.

Kabul Edilebilir Sağlık Gideri:

Police Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak, sağlık gideri olarak gönderilen toplam fatura tutarından varsa kapsam dışı giderler çıkarıldıktan sonra, onaylanan toplam tutardır. Onaylanan toplam tutara, varsa sigortalı katılım payı ve muafiyet tutarı da dâhildir.

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 Ömür Boyu Yenileme Garantisi haklarını ifade eder.

Limit:

Aynı police döneminde Sigortacı tarafından ödenebilecek tazminat tutarı ile Sigortalı tarafından ödenmesi gereken katılım payı ve muafiyet tutarlarının toplamıdır.

Mevcut Rahatsızlık ve/veya Hastalık:

Belirtisinin/ bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı police 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.

Özel Şartlar:

Sigortacı tarafından ürüne özel kurallar ve şartları içeren, poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen işbu belgedir.

Police:

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı ve Sigortacı'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve yükümlülükleri ile satın alınmış olan teminatlarını gösteren belgedir.

Provizyon:

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

Provizyon Ön Onay: Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında yapılacak sağlık giderleri için;

- Teminat tablosunda belirtilen limit, katılım payı ve muafiyet doğrultusunda,
- Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme kapsamında, doğrudan Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağını gösteren ön onayı ifade etmektedir.

Sigortacı'nın ödemeye ilişkin Provizyon Ön Onayı vermiş olması, sonradan tespit edilen beyan eksikliği nedeniyle Sigortacı'nın haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

Provizyon Şartlı Onay: Sonuçlanan Provizyon Ön Onayı son onay olmakla birlikte, Sigortacı onay konusu teşhis ve tedavi işleminin yapılması sırasında/sonrasında buna ilişkin sağlık giderlerini yeniden değerlendirebilir. Sigortacı, tıbbi kayıtlar üzerinden ek değerlendirme yaparak gerek teminat gerekse ödeme bakımından farklı bir şekilde karar verebilir. Sigortacı'nın mevcut hastalık/rahatsızlıklara ait giderleri, sigortalı lehine işlem kolaylığı sağlamak için provizyon aşamasında kabul etmiş olması, teminat ve tazminat olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. Yapılacak değerlendirme sonucunda ön onaya konu işlem ve sağlık giderinin teminat kapsamı dışında olduğuna karar verilerek, nihai onay verilmezse, tedavi giderleri Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından karşılanır.

Provizyon Rakam Onay: Provizyon Ön Onayı verilen sağlık giderlerinin değerlendirilmesi sonucunda ödeme kararı verilmesi halinde, nihai karar doğrultusunda Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağını gösteren onayını ifade etmektedir.

Referans Doktor:

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

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 Hizmet Tarifesi: Sağlık hizmeti veren kurumlarda, tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifiedir. (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB) güncel birimleri olan Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) vb.)

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT): SGK'lı sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, SGK tarafından sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderleri gibi sağlık hizmetlerine bağlı harcamalarının karşılanması esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin bedellerin tayin ve tespit edildiği Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'ni 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.

SGK Katılım Payı:

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’da öngörülen ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutarı ifade eder.

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.

Genel Sağlık Sigortası (GSS):

31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98. maddesine dayanılarak hazırlanan ve bu kanunun 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

Triyaj Uygulaması:

Hasta ve yaralıların acil serviste görülme zaman ve sırasının, müdahale ile muayene aciliyetinin ve niteliklerinin belirlendiği kısa bir klinik değerlendirme işlemidir.

Triajda hastanın klinik durumunu ve tedavi önceliğini belirtmekte kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

- Kırmızı Alan

En yüksek öncelik sırasına sahiptir. Tedavi edilebilir, hayatı tehdit eden yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer. Bu nitelikteki hastalara zaman kaybetmeden acil müdahale gerekir.

- Sarı Alan

Zaman geçirilmeden müdahale ve muayenelerinin yapılması gereken, ciddi fakat hayatı tehdit etmeyen yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer.

- Yeşil Alan

En düşük önceliğe sahiptir. Acil müdahale gereksinimi olmayıp; bekleyebilecek, muayene ve tedavileri poliklinik şartlarında da yapılabilecek kişiler bu gruba girer.

3. TEMİNATLAR

Aşağıda yer alan teminat grubu veya teminatlardan birisi veya bir kısmı veya tamamı, Poliçe ve teminat tablosu üzerinde açıkça yazılması ve priminin ödenmesi karşılığında GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki hüküm ve şartlar çerçevesinde verilir.

3.1. Yatarak Tedavi Teminat Grubu

Bu teminat grubu ile, Sigortalı'nın, ameliyat ve hastanede yatarak yapılan tedavileri için,

- Hastaneye yatış-çıkış tarihleri arasındaki doktor, ameliyathane, oda yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır),
- Tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığın komplikasyonlarının tedavisi için tıbbi gerekliliği bulunan tıbbi hizmetlere ait giderleri ile yoğun bakım giderleri,

işbu Özel Şartlar'da tanımlı Teminat Uygulama Usûl ve Esasları uyarınca karşılanır.

Yatarak Tedavi Teminat Grubu aşağıdaki teminatları içermektedir.

- Ameliyat
- Hastane Tedavisi
- Günübirlik Tedavi
- Hastane Dışı Tedavi
- Suni Uzuv
- Acil Ulaşım
- Tıbbi Malzeme

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan'a giren vakalara ait giderler de bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir.

3.2. Ayakta Tedavi Teminat Grubu

Bu teminat grubu ile, tanı işlemleri, teşhis ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, sağlık kurumlarında yapılan işlemleri kapsar. Ayakta Tedavi Teminat Grubu aşağıdaki teminatları içermektedir.

- Doktor Muayene
- Laboratuvar
- Görüntüleme
- Modern Teşhis
- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

3.3. Ek Teminatlar

3.3.1. Uzaktan Sağlık Hizmeti Teminatı

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın "Uzaktan Sağlık Hizmeti" tanımına uyan hizmetler Sigortacının belirlemiş olduğu sağlık kurumlarında bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.3.2. Check Up

Ürüne özel belirlenmiş Check-Up Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında yaptırılması koşulu ve teminat tablosunda belirtilen içerik dahilindeki check-up giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

4. BEKLEME SÜRESİ

İlk sigortalanma tarihinden sonra ortaya çıkan ve yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler ile ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm FizikTedavi ve Rehabilitasyon Teminatı ile ilgili giderler, ilk sigortalanma tarihinden başlamak üzere 3 aylık bekleme süresi boyunca teminat kapsamı dışındadır.

Hamilelik ve Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, Sigortalı'nın bu poliçe kapsamına dahil olmasından en az 6 ay sonra başlayacak hamilelikleri için geçerlidir. Bu sürenin başlangıcı olarak bebek ultrasonografisi bulguları ve son adet tarihi (SAT) dikkate alınır.

Yenileme döneminde; doğum teminatına ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlar.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler için bekleme süresi uygulanmayacaktır.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

- 5.1.** Sigortalı olunmadan önce var olan mevcut rahatsızlık ve hastalıklar ile bunların periyodik devamlılık ve nüksleri ile bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlara ilişkin tüm giderler,
- 5.2.** Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformiteler ile ilgili tetkik, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,
- 5.3.** Skolyoz, Kifoz vb. her türlü omurga eğrilikleri Halluks Valgus ile ilgili tetkik ve tedaviler,
- 5.4.** HIV virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm giderler, AIDS ve komplikasyonları,
- 5.5.** Her tür nedenle sünnet ve fimosiz tedavisi
- 5.6.** Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),
- 5.7.** Kısırlık tedavisi ve doğum kontrol yöntemlerine ilişkin aşağıdaki giderler;
 - Düşük nedenlerinin araştırılması, infertilite (kısırlık) teşhis ve tedavisi, (ovülasyon takibi, infertilite tetkiki amaçlı yapıldığı belirlenen HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.) üremeye yardımcı tedavi uygulamaları ve tetkik (tüp bebek, mikroenjeksiyon, medikal ve cerrahi her tür yapay döllenme, embriyo klonlaması, kısırlıkla bağlantılı varikosel, her ne nedenle olursa olsun kadınlarda yumurta toplama ve saklama işlemi ile erkeklerde sperm toplama ve saklama, spermiyogram, Anti Müllarian Hormon vb) işlemlerine ait tüm giderler.
 - Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler. Demansiyel sendromlar (alzheimer hastalığı ve bunamalar), psikiyatrik, geriatric hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili tüm giderler, psikiyatrik ilaçlar vb. tetkikler, her ne nedenle yapılırsa yapılsın ses ve konuşma terapileri,
- 5.8.** Yapıldığı kuruma ve yapan kişinin uzmanlığına bakılmaksızın kilo kontrol bozuklukları ile ilgili (şişmanlık veya zayıflık) tetkik ve tedavi giderleri, Hiperhidrozis (aşırı terleme) ile

- ilgili giderler, telenjektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi),
- 5.9.** Organ, doku ve kan naklinde verici giderleri, organ ve doku bedeli ücreti ve organ ve dokunun koruma ve ulaştırılması masrafları,
- 5.10.** Şaşılık, görme tembelliği ve gözde kırma kusuru,
- 5.11.** Kaza sonucu veya yanma sonucu olmadığı takdirde estetik ve rekonstrüktif cerrahi, jinekomasti tetkik ve tedavileri, meme küçültme ve büyütme ameliyatları,
- 5.12.** Genetik hastalıklar, genetik kusurlar ve genetik incelemeler, (Genetik Anomali ve Hastalıklar'ın araştırılması ve taranması ile ilgili tetkikler, her türlü gen haritasının çıkarılması giderler vb.)
- 5.13.** Alerji aşıları ve alerjik hastalıkların klasifikasyon testleri,
- 5.14.** Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı veya ruhsatsız her türlü farmasötik ürünler (ilaç) ve her türlü aşı ile bunların uygulanmasına ilişkin her türlü gider,
- 5.15.** Uyku bozuklukları, horlama ve uyku apne sendromu (polisomnografi, uyku EEG'si vb.), septum deviasyonu, konka hipertrofisi, nazal valv hastalıklarına ait tüm tetkik, tedavi ve aparat giderleri,
- 5.16.** Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner CT Anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi), sanal anjiyo, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
- 5.17.** Kök hücre ve kordon kanı-embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanseri tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),
- 5.18.** Suni Uzu ve Protez ile Yardımcı Tıbbi Malzeme teminat uygulama esaslarında belirtilmeyen her türlü alet, cihaz ve yine her ne isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli ile ilgili tüm giderler,
- 5.19.** Aşağıda belirtilen yerlerde veya sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan tüm işlemler ve bu işlemlere bağlı komplikasyonlara yönelik tüm giderler,
- Kaplıca ve termal merkezleri,
 - Çamur banyoları, şifa kürleri,
 - Masaj, jimnastik salonları ve zayıflama merkezleri,

- Estetik güzellik, lazer, anti aging, diyet, zayıflama merkezleri,
- Sağlıklı yaşam koçluğu merkezleri,
- Senatoryum, huzurevi, bakımevi, ocuk bakımı merkezleri,
- İşitme cihazı satan merkezler,
- Ayak sağlığı ve/ya ayak bakım merkezleri
- Lens ve optik merkezleri ile işitme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,

5.20. Tanımlar alanında yer alan ‘‘Doktor’’ ve ‘‘Sağlık Kurumu’’ tanımına uymayan kişi ve kurumlarca düzenlenen tüm faturalar

5.21. Sigortacı tarafından onaylanmış tanı ve tedavi süreci ile ilgili olsa dahi telefon, hasta ve refakatçi yemekleri haricindeki yiyecekler ve benzeri tüm ekstra harcamalar, suit oda farkı, özel hemşire masrafları ile ulaşım ve konaklama giderleri,

5.22. 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,

5.23. Anlaşmasız Sağlık Kurumları’nda gerçekleşen işlemlerde, Poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilmiş limit üzerinde kalan tutar,

5.24. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur ve PRP (Platelet Rich Plasma -Trombositten Zengin Plazma) gibi alternatif tıp uygulamaları ve her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,

5.25. Hiçbir semptoma bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol ve tarama amaçlı yapılan işlemler,

5.26. İşbu  zel şartlar’da tanımlanmış olsun veya olmasın, teminat tablosunda yer almayan herhangi bir teminat kapsamına giren sağlık giderleri veya işlemler,

5.27. Lisanslı ve profesyonel yapılan her türlü spor sonucu meydana gelecek sakatlanma ve yaralanmalar,

5.28. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, yüksekte atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi),

su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi) ile ilgili her türlü gider,

5.29. Sigortalı'nın, ehliyetsiz araç kullanımı sonucu olan kazalarının gerektirdiği tedavi masrafları,

5.30. Sigortalının hastalık ve/veya rahatsızlık sonucu çalışamaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,

5.31. Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası,

5.32. Sigortacı tarafından teminat kapsamında değerlendirilerek kabul edilen ambulans hariç her türlü ulaşım gideri,

5.33. GSS hak sahipliği aktif olmayan sigortalılara ait tüm giderler,

5.34. Sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları SGK Katılım Payı,

5.35. SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında, SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında, SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü giderler,

5.36. Prematürite ve Düşük Doğum Ağırlığı ile ilgili sağlık giderleri,

5.37. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina

5.38. Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) yer almayan işlemler.

5.39. Uzaktan Sağlık Hizmeti (Teletıp, online verilen hizmetler) kapsamında Sigortacı tarafından bu hizmetler için belirlenen kurumlar dışında gerçekleşen giderler.

5.40. Anlaşmasız Kurumlarda gerçekleşen, "Sağlık Uygulama Tebliği, Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri'" maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri,

5.41. Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen rutin kontrol, teşhis yöntemleri ve tetkikler.

5.42. İşbu Özel Şartlar'da tanımlanmış olsun veya olmasın, teminat tablosunda yer almayan herhangi bir teminat kapsamına giren sağlık giderleri veya işlemler,

5.43. Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider ve tercüme bedelleri,

5.44. Poliçe geçerlilik süresi dışında gerçekleşen tüm giderler,

Sigortacı, aşağıdaki durumlarda hayati öneme sahip olup olmaması ve alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasını gözeterek kapsama alıp almamaya yönelik “Teminat Dışı Kalan Haller” başlığı altında düzenlemeler yapabilir.

- Uygulamaya alınan yeni nesil tedavi yöntemleri
- Uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamalar

Bu durumda yapılacak değişiklikler, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı olsun olmasın poliçede bulunan her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Bu sigorta sözleşmesi, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.) yurtdışı olarak değerlendirilecektir.

7. TEMİNATLARIN UYGULAMA USÛL VE ESASLARI

7.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU

İşbu Yatarak Tedavi Teminatı Grubu aşağıda belirtilen teminatlar için güvence sağlar.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Tetkik amaçlı yatışlar, yatarak tedavi teminatı kapsamı dışındadır.

Sigorta süresinin sona ermesi ve poliçenin yenilenmemesi durumunda, sona erme tarihinden önce Sigortacı’ya bildirilen ve Sigortacı tarafından kabul edilen hastalık ve/veya rahatsızlıklar için, aşağıdaki şartlar altında teminat devam eder.

- Sağlık kurumunda yatışın sigorta süresi sonrasında da devam etmesi durumunda, teminat tablosu ve işbu Özel Şartlar’a tabi olmak şartıyla,
- Hastanede yatarak tedavi gören sigortalı için işbu teminat, anılan yatış ve ilişkin olduğu hastalık ve/veya rahatsızlığın tedavisinin sonuna kadar devam eder.
- Ancak bu süre, hiçbir şekilde poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

7.1.1. Ameliyat

Cerrahi ve ortopedik müdahalelere ilişkin sağlık giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Tedavinin ameliyat gerektirmesi durumunda; Ameliyat öncesi anestezi doktorunun istemiş olduğu rutin pre-op tetkikler, ameliyathane kirası, operatör, anestezi uzmanı ve asistan doktor ücretleri, oda, yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır) giderleri, anestezi ilaç ve sarf malzemelerine ilişkin giderler, teminat tablosunda belirtilen limitler ile işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları dahilinde bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigortalıların, acil tıbbi durumlar haricinde planlanmış ameliyatları için ameliyatı yapacak olan doktor tarafından doldurulacak Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu'nu, 48 saat öncesinden Sigortacı'ya göndermesi gerekmektedir.

Teminat kapsamına giren ve girmeyen ameliyatların bir arada yapılması durumunda, işbu teminat kapsamına girmeyen ameliyat veya ameliyatlara ilgili sağlık giderleri karşılanmaz.

7.1.2. Hastane Tedavisi

Ameliyat gerektirmeyen ve tedavinin sağlık kurumunda en az 24 saat yatış (normal oda ya da yoğun bakım) gerektirmesi durumunda ilgili tüm sağlık giderler, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.1.3. Günübirlik Tedavi

Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler; sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan ve SUT kapsamında günübirlik tedaviler kategorisinde aşağıda belirtilen işlemlerdir.

- a) Kemoterapi tedavisi,
- b) Radyoterapi tedavisi,
- c) Genel anestezi, bölgesel/lokal anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler,
- d) Hemodiyaliz tedavileri,

e) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” eki “Tıp Merkezlerinde Gerçekleştirilebilecek Cerrahi Müdahaleler Listesi”nde yer alan işlemler,

7.1.4. Hastane Dışı Tedavi

Sigortalının sağlık kurumlarındaki yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için;

- Sigortalı’nın sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde veya,
- Sigortacı’nın onay vermesi halinde bir tıbbi bakım merkezinde,
- Sadece tıp eğitimi görmüş personel (doktor, hemşire gibi) tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin sağlık giderleri ve tıbbi malzeme giderlerini kapsar.

Hastane Dışı Tedavi giderleri, sigorta süresi içinde en fazla 56 güne kadar ödenir.

Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için;

- Sigortalı’yı tedavi eden doktor tarafından yazılan ve,
- Sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir tıp eğitimi görmüş personel eşliğinde,
- Sigortalı’nın sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde veya tıbbi bakım merkezinde sürdürülmesi gerektiğini belirten bir raporla Sigortacı’ya bildirilmesi,
- Hizmetin hastaneye yatış nedeniyle ilgili tedavinin devamını oluşturması,

Bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin Hastane Dışı Tedavi gerçekleşmeden önce Sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

Bu teminat sadece anlaşmalı kurumlarda geçerlidir. Hastane Dışı Tedavi Teminatı kapsamında ödeme yapılabilmesi için bu hizmeti veren kurumun, Sağlık Bakanlığı tarafından verilmiş çalışma ruhsatına sahip olması ve verilen hizmetin detayının görülebildiği bir fatura düzenlenmiş olması gerekmektedir.

Sigortalının günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, yatağa bağımlı olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, ağız yoluyla ilaç alıyor olması,

tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor olması, üriner kateter bulunması, evde yalnız yaşıyor olması ve sosyal desteğe gereksinimi olması gibi nedenlerle alınan bakım hizmetleri bu teminat kapsamına girmez.

7.1.5. Suni Uzun

Sigortalılık süresi içinde meydana gelen kaza veya hastalık sonucu gerekli olacak (suni el, kol, bacak, meme, göz vb.) protez ve cerrahi uygulamasına ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sözleşme kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi operasyonu sonrası, gerekli olan meme protez ve rekonstrüktif cerrahisine ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.1.6. Acil Ulaşım

Hayati tehlike gösteren acil hallerde Sigortalı'nın, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna nakli için yapılan masraflar Sigortacı'nın onay vermesi kaydıyla bu teminat kapsamında ödenir. Sigortalı'nın bulunduğu yerde tedavisi mümkün değil ve sağlık durumu, bulunduğu yere en yakın olan donanımlı bir sağlık merkezine kara ambulansıyla taşınmasına uygun değil ise, GSS Kapsamında SGK'nın onay verdiği durumlarda Sigortacı'nın da onaylaması şartı ile hava, deniz ambulansı veya hava taşımacılığı ile sağlanabilir. Uluslararası ambulans taşıma hizmeti kapsam dışıdır.

7.1.7. Tıbbi Malzeme

Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbasından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler ile hastanede yatarak gerçekleşen veya evde bakım sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen "Tıbbi Malzeme" teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Ayakta Tedavi ve Doğum teminatları kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak poliçede ilgili teminatlar varsa bu teminat kapsamında karşılanır.

GSS kapsamında karşılanmayan hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenerek Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

GSS kullanılarak yapılan muayene sonrası tıbbi malzeme reçetelendirilir ise kapsam dahilindeki tıbbi malzemeler için teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde ödeme yapılır.

7.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNAT GRUBU

Teşhis ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, Sağlık Kurumları'nda yapılan doktor muayene, görüntüleme ve laboratuvar işlemleri ile fizik tedavi giderleri bu teminat kapsamında, poliçede belirtilen limit, katılım payı ve/veya muafiyet tutarı dikkate alınarak ödenir.

Triyaj uygulamasında Yeşil ve Sarı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.2.1. Doktor Muayene

Sigortacı'nın Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için sözleşme yapmış olduğu ve aynı zamanda GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan sağlık kurumları bünyesinde kadrolu olarak çalışan (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) tıp doktoru tarafından yapılacak muayenelere ait giderleri kapsar.

7.2.2. Laboratuvar

Hastalığın teşhisi ve tedavisi için tıbben gerekli görülen tahliller ile kimyasal madde ve ilaçlara ait giderleri kapsar.

Hepatit markerlerine ait giderler, sadece karaciğer enzim değerlerinin normal değerlerin üzerinde olması durumunda ödenir.

7.2.3. Görüntüleme

Hastalığın tanısı için tıbben gerekli görülen radyolojik tetkikler, ultrasonografi, mammografi, ilaçlı ve ilaçsız grafiler, EKG, Eforlu EKG, odyometri, EMG, ürografi ve benzeri görüntüleme

giderleri ile bu işlemler esnasında kullanılan kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.2.4. Modern Teşhis

Hastalığın tanısı için tıbbi gereklilik dolayısıyla uygulanan modern teşhis yöntemleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.2.5. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Hastalığın tedavisi için tıbben gerekli görülen fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, tedavinin ayakta ya da yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek, tedavi öncesi Sigortacı tarafından onaylanması koşulu ile teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı dahilinde bu teminat kapsamında değerlendirilir.

- Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge bir (1) seans olarak değerlendirilir.
- Fizik tedavinin sağlık kurumunda yatarak yapılması halinde, fizik tedavi giderleri dışında faturalandırılan oda, yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır), doktor takibi vb. giderler ödenmez.

7.3. DOĞUM TEMİNATI

Annelik Doğum ve Annelik Rutin Kontrol teminatı poliçede yer alan kendisi veya eşi konumundaki 18 yaş üzeri kadın sigortalılar için geçerlidir.

7.3.1. Annelik Doğum:

Doğumun sonlandırılması işlemi için yapılan normal doğum veya sezaryen işlemlerine ait doktor ve hastane giderleri ile hamilelik döneminde tıbbi gereklilik halinde amniosentez işlemi, hamilelik, tıbbi gereklilik halinde küretaj, doğum ve sezaryen komplikasyonlarına bağlı yatışlar bu teminat kapsamında, poliçede belirtilmiş olan teminat limitleri doğrultusunda karşılanmaktadır.

7.3.2. Annelik Rutin Kontrol:

Hamileliği ilgilendiren her türlü kontrol muayene ve rutin tetkikler hamilelik rutin kontrol teminatı kapsamında, teminat tablosunda belirtilen oran ve limitler dahilinde ödenir.

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, sigorta süresi içinde, önceden herhangi bir bildirimde bulunmaksızın Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda değişiklik yapabilir. www.sencard.com.tr adresinden ulaşılacak Anlaşmalı Sağlık Kurumları'na ait liste ve bilgiler bilgilendirme amaçlı olup, hizmet alınmadan önce mutlaka Sigortacı'dan provizyon alınması gerekmektedir.

Seçilen Sağlık Kurumu'nun, Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesinde yer alması, bu kurumun hizmetlerinin Sigortacı tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçlarına dair, Sigortacı hiçbir şekilde garanti vermemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş Sağlık Kurumu'nun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen Sağlık Kurumu sorumlu olup; Sağlık Kurumu'na dair hizmetlerden kaynaklanan zarar ve ziyan için hiçbir halde Sigortacı'nın sorumluluğuna gidilemez.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda yapılacak sağlık giderleri için, teminat tablosunda belirtilen limit, katılım payı ve muafiyet doğrultusunda, Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme kapsamında, doğrudan Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağına dair provizyon verilir.

Provizyon sırasında verilen ön onay, Sigortacı'nın onay konusu teşhis ve tedavi işleminin yapılması sonrasında buna ilişkin sağlık giderlerini yeniden değerlendirmesine engel değildir. Sigortacı, bu değerlendirme neticesinde anılan sağlık giderinin ödenmesine veya ödenmemesine karar verir.

Yapılacak değerlendirme sonucunda ön onaya konu işlem ve sağlık giderinin teminat kapsamı içerisinde olmadığı neticesine varılırsa ve nihai onay verilmezse, tedavi giderleri Sigortalı/

Sigorta Ettiren tarafından karşılanır. Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi sonucunda ödeme kararı verilmesi halinde ise nihai karar doğrultusunda Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na doğrudan ödemeyi gerçekleştirir.

Sigortalı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda Sigortalı olduğunu belirtmek, T.C. kimlik numarasının yazılı olduğu resimli kimlik belgesini ibraz etmek ve teminat tablosunda belirtilen katılım payı, muafiyet tutarı ve limit üzerinde kalan tutarı ödemekle yükümlüdür.

8.2. ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMLARI

SGK ile anlaşmalı olan ancak Sigortacı ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında tedavi yapılması halinde, sağlık giderleri öncelikle Sigortalı tarafından ödenir.

Sigortalı tarafından ödenen sağlık giderlerine ilişkin tüm belgeler, Sigortacı'ya ulaştıktan sonra, işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile teminat tablosuna göre Sigortacı tarafından değerlendirme yapılır.

SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastaneler ve branşlarda gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

9. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Provizyon verilen kurumlarda, provizyon onayı alınarak hizmet alınması gerekir. Provizyon süreci işletilmeden Sigortalının kendisinin ödeyerek, daha sonra Sigortacı'dan geri ödeme talep etmesi halinde geri ödeme, Sigortacının ilgili Provizyon verilen kurum ile anlaşmalı tutarları dikkate alınarak yapılacaktır.

Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderlerinin değerlendirilebilmesi için, aşağıda belirtilen belgelerin Sigortacı'ya ulaştırılması gerekmektedir:

- Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kurumu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü (tıbbi malzeme faturaları için zorunlu değildir.),
- Tüm sağlık giderlerine ait fatura,

- d) İşlem bazlı ayrıntılı fiyat bilgilerini içeren fatura dökümleri,
- e) Yatarak tedavilerde ameliyat raporu ve/veya epikriz raporu,
- f) Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- g) Sinüzit ameliyatlarından önce Sigortalı'ya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,
- h) Fizik tedavi giderlerinde, varsa tedavi gerekliliğini gösteren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.) ve ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü),
- i) Her türlü adli olayda (trafik kazası dahil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),
- j) Anlaşmasız Kurumlarda gerçekleşen tedaviler SUT paket fiyatları dikkate alınarak teminat tablosunda belirtilen limit ve ödeme oranları kapsamında değerlendirilecektir.

Sigortacı'nın evrak asıllarını veya görüntülemelere ait CD'leri isteme hakkı saklıdır.

Tazminat talebinin değerlendirilebilmesi için, Sigortacı tarafından gerekli görülmesi durumunda, Sigortalı'dan ek bilgi ve belge talep edilebilir. Sigortacı, sağlık giderlerine ilişkin 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, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde, teminat tablosu doğrultusunda, sunulmuş olan bilgi ve belgeler dikkate alınarak değerlendirilir. Sağlık giderlerine konu olan tetkik ve tedavilerin bir doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına tıbbi gereklilik olduğunu göstermez. Olası uyuşmazlıklarda Sigortacı'nın Referans Doktor görüşü esas alınır.

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

Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında yapılan giderlerde tazminat ödemeleri, tazminat değerlendirmesi için gerekli tüm bilgi ve belgelerin Sigortacı'ya ulaştığı tarihten itibaren en geç

5 (beş) iş günü içinde Sigortalı tarafından bildirilmiş ya da Sigortacının yönlendirdiği online platformlar üzerinden poliçede tanımlanmış olan hesap numaralarına yapılacaktır.

5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu kapsamında tazminat ödemeleri sadece sigortalının kendisine ya da noter tasdikli vekaletname ve sigortalı tarafından imzalanmış beyanı ile talep edilmesi durumunda avukatına ait hesap numarasına yapılabilir.

Sigortacı'nın işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki 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.

Anlaşmazlık kurumunda gerçekleşen ve tazminat ödemesine konu olan Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri kapsamındaki hizmetler poliçe kapsamı dışındadır.

İlave ücret alınmayan sağlık hizmetleri aşağıdaki gibidir (Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' değiştiği takdirde aşağıdaki liste de değişecektir.);

- Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yeni doğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve hücre nakilleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Diyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri

10. BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigortacı aşağıdaki koşulları esas alarak tıbbi değerlendirme yapar;

- Sigorta sözleşmesinin kurulması aşamasında; Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren'in ilk başvurusunda Sigortacının yönlendirdiği online platformlar veya Teklif/Başvuru Formunda sigorta tazminatına konu etmiş olsun/olmasın sağlık durumunu beyan etmesi ile,
- Sigortacının yönlendirdiği online platformlar veya Teklif/Başvurunda Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren'in sağlık beyanına yönelik sorulan sorulara verilen yanıtları doğru alanlarda işaretlemesi ile,
- Sigorta sözleşmesinin yenilenmesi aşamasında; Sigortalı'nın yıl içindeki tazminatları ve sağlık durumu ile,

Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren; Sigortacının yönlendirdiği online platformlar veya Teklif/Başvuru Formunda yer alan sorulara doğru alanlarda, tam ve doğru olarak cevap vermekle yükümlüdür. Sigortacı gerekli gördüğü hallerde ek beyan, bilgi ve belge talep edebilir.

- Söz konusu beyanın gerçeğe aykırı veya eksik olması, beyan yükümlülüğünün yerine getirilmemesi, Sigortacının yönlendirdiği online platformlar veya Teklif/Başvuru Formunda doğru alanda bilgi verilmemesi durumunda Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca Sigortacı'ya tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, ilgili durumun tespit edildiği tarih itibarıyla sigorta sözleşmesi şartları yeniden düzenlenebilecektir. Bu durumda aşağıdaki durumlar söz konusu olabilecektir; Bu durumda aşağıdaki durumlar söz konusu olabilecektir;
- Sigortacı tarafından ödenen tazminatların Sigortacı'ya iade edilmesi
- Sigortacı tarafından sözleşme şartlarının yeniden belirlenmesi (muafiyet, ek prim, limit vb. uygulanabilecektir)
- Sigorta sözleşmesinin iptali

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilen beyan ve ihbar yükümlülüğünün yanı sıra Sigortacı, yönlendirdiği online platformlar üzerinden veya Teklif/Başvuru Formu ile aldığı sağlık beyanına

ek olarak sigorta kapsamını ilgilendiren bütün konularda doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma, gerektiğinde Sağlık Sigortası Bilgi Merkezi (SAGMER)’nden bilgi alma ya da SAGMER’e bilgi verme hakkına sahiptir.

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, sı 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 ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

11.1. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİNE İLİŞKİN UYGULAMA ESASLARI

Mevcut sigorta sözleşmesi, Sigortacı’nın yapacağı değerlendirme sonucunda, bitiş tarihi itibarı ile en geç 30 gün içerisinde yenilenebilir.

Sigortacı, yapacağı değerlendirme sonucunda sigorta sözleşmesini hiç yenilemeyebileceği gibi, sigortalının mevcut rahatsızlıkları ve/veya hastalıkları için ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak sigorta sözleşmesini yenileyebilir.

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı tarafından aksi yazılı olarak talep edilmedikçe Sigortacı, sona eren sözleşmeyi bitiş tarihi itibarıyla otomatik olarak yenileyebilir. Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki sigorta sözleşmesindeki prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı yenilemede de geçerli olacaktır. Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalının, yenilenen sözleşmenin başlangıç tarihi itibarıyla ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptali talebinde bulunması halinde, yenilenen poliçede herhangi bir tazminat ödemesi olmaması kaydıyla poliçe başlangıç tarihi itibarıyla iptal edilir ve primin tamamı Sigorta

Ettiren'e iade edilir. Tazminat ödemesi yapılmış/ yapılacak olması veya talebin 30 günden sonra gelmesi durumunda, "Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı" maddesi uyarınca iptal yapılır.

Mevcut sigorta sözleşmesinin bitiş tarihini 30 gün geçtikten sonra yapılan başvurularda, Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı ile kaç yıldır sözleşme yapıldığına bakılmaksızın sigortaya ilk yıl girişi olarak değerlendirilir. Bu durumda, işbu Özel Şartlar'da belirtilen bekleme süresi uygulanır ve kazanılmış hakların devamı söz konusu olmaz.

Yenilenen sigorta sözleşmesi, kural olarak biten sigorta sözleşmesi ile aynı teminat yapısına sahip aynı sigorta ürünü olmalıdır. Sigorta Ettiren / Sigortalı poliçe yenilemesinde anlaşmalı sağlık kurum ağı ve teminat genişletme talebinde bulunabilir. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre;

- Plan ve/veya ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb) kabul etme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını korumama veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi ek şart uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkı saklıdır.
- Sigortacı'nın, bu değişiklik talebini kabul etmesi halinde, önceki sigorta sözleşmesinin kazanılmış hakları ile bağlı kalmaksızın, yeni talep edilen teminat yapısı veya yeni sigorta ürünü hüküm ve şartları ile sigorta sözleşmesi yenilenebilir.

Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesinde daha düşük teminatlı bir plana geçiş yapmak istemesi halinde tekrar değerlendirmesi yapılmaz, varsa mevcut istisna ve/ veya hastalık ek primi devam eder.

11.2. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ (ÖBYG)

Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi poliçenin Sigortacı tarafından mevcut tamamlayıcı sağlık sigortası ürün ve planı (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi gibi belirli kriterler) dahilinde yenilenmesi taahhüdüdür.

Sigortacı, aşağıdaki hüküm ve şartlara göre;

- Sigortalı'nın sigorta primini düzenli ödeyerek sigorta sözleşmelerini sigortacıdan düzenli olarak yenilemesi,

- Sigortacı'nın, ilgili sigorta ürün grubuna ait risk kabul uygulamaları ve poliçenin yenileme tarihinde geçerli özel şart hüküm ve koşulları doğrultusunda risk değerlendirmesi yaparak

yeniden risk değerlendirmesi yapılmaksızın ÖBYG hakkını vermeyi kabul, beyan ve taahhüt eder.

Daha önce Sigortacı tarafından onaylanmış bir sağlık giderine konu olmuş hastalık / rahatsızlıklar için ÖBYG değerlendirmesi aşamasında ek şart (muafiyet, limit, ek prim vb.) uygulanması durumunda ÖBYG verilme tarihi sonrası şartlar geçerlidir.

ÖBYG hakkı kişiye özel bir hak olup, bu hakkı kazanmış Sigortalıya aittir. İşbu madde anlamında kesintisiz sigortalılık süresi, aynı sigorta sözleşmesinde mevcut tüm sigortalı bireyler bakımından da ayrı ayrı aranılacaktır.

ÖBYG hakkının verilip verilmeyeceği, aşağıda belirtilen durum ve şartlarla değerlendirilerek kararlaştırılacaktır;

11.2.1. İlk Giriş ve Mevcut Sigortalılar İçin ÖBYG Uygulaması

ÖBYG hakkı, Sigortalı'nın, Sigortacı'da 64 (64 dahil) yaşından önce sigortaya ilk giriş yaptığı, kesintisiz üç yıl sigortalı kaldığı ve bu süre içerisinde "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesine uygun davrandığı durumlarda, Sigortacı tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre sigortalanması uygun görülen kişilere verilebilir. Ancak, Sigortacı'nın değerlendirme sonucuna göre, Sigortalı'ya bu hakkı vermeme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) verme hakkı saklıdır.

Sigortacı tarafından ÖBYG hakkı değerlendirmesi, kesintisiz üç yıl sigortalılık süresi dolduktan sonraki ilk yenileme döneminde yapılır.

11.2.2. Geçişlerde ÖBYG Uygulaması

11.2.2.1. Diğer Sigorta Şirketinden Geçiş

Diğer sigorta şirketlerinde herhangi bir sağlık sigorta poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, Sigortacı'dan sağlık sigortası almak istediği durumlarda önceki şirketinden kazanılmış haklarını gösteren belgelerin Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir.

Önceki sigorta şirketinde kazanılmış olsa dahi, geçiş yapma talebinde bulunan sigortalı adayı için Sigortacı tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre ek şart (muafiyet, limit, ek prim vb) uygulama, ÖBYG hakkını verme veya vermeme hakkı saklıdır.

11.2.2.2. Sigortacı Bünyesinde Geçiş

❖ Grup Poliçesinden Ferdi Poliçeye Geçiş

Grup sözleşmesi kapsamında verilen ÖBYG hakkının, ferdi poliçeye geçiş sırasında geçerli olabilmesi için, sigortalının geçiş yaptığı ilgili grup sözleşmesindeki “Ferdî Poliçeye Geçişlerde ÖBYG kriterlerine” göre değerlendirme yapılır. Sigortacı tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre ek şart (muafiyet, limit, ek prim vb) uygulama, ÖBYG hakkını verme veya vermeme hakkı saklıdır.

❖ Ürün Değişikliği

Sigortalı, ÖBYG hakkı aldıktan sonra yenileme dönemlerinde sigorta ürününü değiştirmek istediği takdirde, Sigortacı ÖBYG hakkını yeniden değerlendirir. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre, daha önce verilen ÖBYG hakkının geçerliliğini kaldırma, ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) kabul etme veya ürün değişikliğini reddetme hakkına sahiptir.

Yukarıda belirtilen kriterlere göre ÖBYG hakkına sahip olunması halinde dahi yenilemelerde “Sözleşmenin Yenilenmesine İlişkin Uygulama Esasları” maddesindeki hüküm ve şartlara göre hareket edilmelidir.

Sigortacı, ÖBYG hakkı olan Sigortalıların poliçelerinin muadil teminatlarla yenilenmesinden sorumludur. Sigortacının ürün satışını durdurması durumunda, Sigortalı’nın poliçesini muadil bir ürün ile yeniler.

ÖBYG hakkına sahip Sigortalı’nın bu hakkının korunabilmesi için devam eden ve sonraki sözleşmelerinin aralıksız olarak muadil teminat yapısı ile yenilenmesi, primlerinin düzenli olarak ödenmesi gerekir. Sigortalı ÖBYG hakkı alındıktan sonra yenileme dönemlerinde sigorta teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, Sigortacı ÖBYG hakkını yeniden değerlendirir. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre, daha önce verilen ÖBYG hakkının

geçerliliğini kaldırma, ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) kabul etme veya plan değişikliğini reddetme hakkına sahiptir.

Şirketimizde bu ürün kapsamında kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışında olup ayrıca ilk sigortalılık tarihinden sonra ortaya çıkan rahatsızlık/hastalıklarla ilgili, ÖBYG hakkı elde edilen tarihe kadar, yenileme dönemlerinde yeniden tıbbi değerlendirme yapılarak ek şartlar (limit, muafiyet, ek prim vb.) uygulanabilir.

Sigortacı tarafından ÖBYG hakkı verilirken belirlenen ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, katılım payı, bekleme süresi vb.), ÖBYG hakkı verildikten sonra devam eden yenileme dönemlerinde değiştirilemez ve tekrar değerlendirilemez.

ÖBYG hakkı için risk değerlendirmesi yapılan tarih ile poliçenin yenileme tarihi arasında, Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı yenileme koşullarını gözden geçirerek, ÖBYG hakkını tekrar değerlendirme, poliçeyi yenilememe, ek şartlar (limit, muafiyet, ek prim vb.) uygulama hakkına sahiptir.

Sigortalı'nın ÖBYG hakkı olsa bile aşağıdaki koşulların oluşması halinde, duruma göre Sigorta Ettiren/ Sigortalı'ya yaptığı haksız ödemeler ile ilgili rücu hakkı saklı kalmak üzere, Sigortacı sigorta sözleşmesini iptal etme veya ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb) uygulayarak devam ettirme veya ÖBYG hakkını değiştirme veya kaldırma hakkına sahiptir:

- Sigorta priminin poliçe üzerinde belirtilen vadelerde ödenmemesi nedeniyle sözleşmenin iptal edilmesi,
- Sigortalı'nın/Sigorta Ettiren'in Azami İyi Niyet Prensibi ilkesine uymaması,
- Sigortalı'nın gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunduğu veya sigorta teminatlarının kötü niyetle kullanıldığının tespit edilmesi durumunda,

12. PRİM TESPİTİ

İlk defa sigortalananacak 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 sigortalananacak sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 katını geçemez.

12.1. 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 primin ve/veya indirimlerin uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen primi ifade eder.

12.1.3. Ödenecek Poliçe Primi:

Poliçe primleri baz alınarak “Prime İlişkin Düzenlemeler” bölümünde tanımlanmış “Diğer indirim ve ekprimlerin” uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen ödenecek primi ifade eder.

12.2. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Sözleşme kapsamında ilk defa sigortalanan veya diğer sigorta şirketinden yapılacak geçişlerde, tarife primi uygulanacaktır.

Yeni iş, geçiş ve yenilemelerde, sigortalının ikamet adresi, poliçenin kullanım adeti ve tutarları, sigortalılık süresi, aile olma hali, ödeme planı değişiklikleri, prim hesaplanması esnasında fiyatın artmasına veya azalmasına neden olabilmektedir.

12.2.1. Tazminat/Prim (T/P) Oranına Bağlı İndirim Uygulaması

Tazminat/Prim (T/P) oranına bağlı indirim Sigortacı’nın bu uygulamanın bulunduğu bireysel sağlık poliçe yenilemelerinde uygulanır.

T/P oranına bağlı indirim uygulaması giriş kademesi ve 5 adet indirim kademesi ile beraber toplam 6 kademedan oluşmaktadır. İlk defa sigortaya dahil olup yeni iş kapsamında değerlendirilen sigortalılar, bu uygulamaya giriş kademesinden (6.kademe) başlar.

Sigorta’lının yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile “Ödenen Tazminat / Ödenecek Poliçe Primi” (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yenileme poliçesinin kademesi belirlenir.

- Poliçe kapsamında ödenen tüm tazminatlar T/P indirim uygulamasında dikkate alınır.
- Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde son 3 yıl T/P ortalamasına göre kademe belirlenir.
- Grup sağlık poliçesinden bireysel sağlık poliçesine geçişlerde son yıl T/P oranına göre kademe belirlenir.
- Poliçeye ara dönemde girişi yapılan 0-1 (bir) yaş aralığındaki çocukların ilk poliçe yenilemesinde, Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yenilenecek poliçe primlerinde herhangi bir indirim uygulaması yapılmayacaktır.
- Bu indirim doğum teminatı içeren planlar için geçerli değildir.

Yenileme poliçesi;

- T/P oranı %35'den (hariç) küçük ise bir üst kademe,
- T/P oranı %35 (dâhil) ile %70 (hariç) arasında ise aynı kademe,
- T/P oranı %70 (dâhil) ile %140 (hariç) arasında ise bir alt kademe,
- T/P oranı %140'dan büyük ise iki alt kademe ile yenilenir.

Her bir kademenin indirim oranı aşağıdaki şekildedir:

	İndirim					
Kademe	1	2	3	4	5	6
İndirim Oranı	-42%	-35%	-30%	-20%	-10%	0%

12.2.2. Risk Ek Primi:

Tarife priminden bağımsız olarak, sigortalı adayının bireysel sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda sigorta güvencesinin sağlanabilmesi için ödenmesi gereken ek primi ifade eder. Bu ek prim, aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 katını geçemez.

12.2.3. Diğer İndirim ve Ek Primler:

Sigortacı tarafından, dönemsel olarak düzenlenecek olan kampanyalar ve belirli kurallar çerçevesinde indirimler uygulayabilir. Sigortacı, sunduğu bu indirimleri uygulama, indirim oranını değiştirme veya indirimi uygulamadan kaldırma hakkını saklı tutar.

13. SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI

Bu sigorta ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden, başvuru tarihinde 14 gün ile 64 (64 dahil) yaş aralığındaki kişiler ile Ömür Boyu Yenileme Garantisi (“ÖBYG”) almış 64 yaşından büyük kişiler sigortalanabilmektedir.

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden/edecek olan GSS hak sahibi olan kişiler için geçerlidir. GSS müstehaklığını kaybeden sigortalılar poliçelerini devam ettirebilir ancak GSS hak sahipliğinin yeniden başlaması durumuna kadar poliçe teminatlarından faydalanamaz.

Şirketimizde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerinde ilk sigortalanma tarihi öncesinde aşağıda yer alan hastalık gruplarından herhangi birini geçirmiş kişiler bu ürün kapsamında sigortalanamaz. Aşağıdaki hastalık/risk gruplarından bir ya da birkaçının sigortalanma tarihi öncesinde var olduğunun tespit edilmesi durumunda Sigortacı’nın değerlendirme yaparak işbu Özel Şartlar “Azami İyi Niyet Prensibi” maddesi kapsamında poliçeyi iptal etme ya da ek şart uygulama hakkı saklıdır.

Hastalık/Risk Grupları:

- Tüm Malign (Her türlü kanser, kötü huylu/seyirli tümör, kitle vb) hastalıklar,
- Organ yetmezlikleri, eksiklikleri, anomalileri ile organ nakil hastaları vb.,
- Kronik Akciğer, Kronik Karaciğer ve Kronik Böbrek Hastalıkları (Diyaliz Hastaları, Tek Böbrekliler, Polikistik Böbrek, Nefrotik Sendrom, Tüberkuloz, Sarkoidoz, Amfizem, Hepatitler, Siroz vb.),
- Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları (İskemik Kalp Hastalıkları, Miyokard Enfarktüsü, Kalp Kapak Hastalıkları By Pass Geçirenler, PTCA, Stent Hasta Sinüs Sendromu, Kardiyomyopati, Kalp Yetmezliği, Hipertansiyon, Vaskülitler, Anevrizmalar, Malformasyonlar vb.)
- Kas İskelet Sisteminin Kronik Hastalıkları (Myastenia Gravis, Konjenital Myopatiler, Muskuler Distrofiler vb.),

- Merkezi Sinir Sisteminin Organik ve İlerleyici Hastalıkları (Epilepsi, Felç, Alzheimer, Parkinson, Serebral Palsi, Multipl Skleroz vb.),
- Sindirim Sisteminin Kronik Enflamatuvar Hastalıkları (Crohn, Ülseratif Kolit, Pankreatit v.b.)
- Psikolojik/Psikotik Hastalıklar (Major Depresyon, Psikozlar, Bipolar Bozukluklar, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Yeme Bozuklukları vb.),
- Motor Gelişme Gerilikleri,
- Alkol, uyuşturucu ve madde bağımlılığı,
- Metabolik ve Endokrin Hastalıklar (Addison Hastalığı, Cushing Sendromu, Obezite, Diabet, vb.),
- Kalıcı beyin, omurilik hasarı, multiple travma ve ciddi yanıklar vb.,
- Kan-kan yapıcı organların hastalıkları, kanama ve pıhtılaşma bozuklukları (Hemofili, polisitemi, trombositopeni, Majör Thalessemi, Orak Hücreli Anemi, ITP (İdiyopatik Trombositopenik Purpura), Aplastik anemi vb.),
- Romatizmal ve kollajen doku hastalıkları (Romatoid artrit, SLE, ankilozan spondilit, FMF, amiloidoz, behçet vb.),
- Bağışıklık sistemi bozuklukları (AIDS, Immünglobülin eksiklikleri, çölyak vb.),
- Doğumsal, Genetik-Ailevi Hastalıklar (Protein, Karbonhidrat, Lipid metabolizma bozuklukları, MEN Sendromları, Kistik Fibrozis, Polipozis vb.),
- VKI= $\text{Kilo} / ((\text{boy}) \times (\text{boy}))$ indeksinin 36 ve üstünde veya 15 ve altında olması (18 yaş ve üstü kişiler için geçerlidir),
- Prematüre doğum (34 hafta ve/veya 2 kg altındaki yeni doğanlar),
- Tam Görme ve İşitme Kaybı Olanlar.

13.1. DEVAM EDEN POLİÇEYE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Aynı poliçe kapsamında sadece anne, baba ve 24 yaşına (dahil) kadar bekar çocuklar sigortalanabilir. Yürürlükte olan sözleşmeye, yıl içerisinde eş ya da çocuk (evlat edinilen dahil) için yeni sigortalı girişi, Sigortacı'ya başvuru yapılması durumunda mümkündür.

18 yaş altı çocuklar ebeveyni olmaksızın tek başına, Sigorta Ettiren'in 18 yaş ve üzerinde olması şartıyla sigortalanabilirler.

Başvuru taleplerinin güncel tarihli Başvuru ve Sağlık Beyan Formu ile Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir. Yapılan başvurular Sigortacı'ya bildirim yapılan tarih ileşbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde değerlendirilecek ve kabul edilmesi halinde, poliçeye giriş tarihleri olarak sigortacıya bildirim yapılan başvuru tarihi esas alınacaktır. Ancak yeni doğan bebek için sigortaya başvuru, bebeğin doğum tarihinden 14 günden sonra yapılabilir.

Poliçeye eklenecek kişilerin primleri, yıllık prim üzerinden gün esasına göre hesaplanarak alınacaktır.

14. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

ÖBYG, ilk sigortalılık tarihi, bekleme süresi poliçeye uygulanan ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, vb) Kazanılmış Hak olarak değerlendirilir. Eski poliçesinde kapsam dahilinde olan teminat ve hastalıklar ile ilgili harcamalar, işbu Sözleşme kapsamında bulunmuyor ise kazanılmış hak olarak kabul edilmez ve herhangi bir tazminat ödemesi yapılmaz.

14.1. Diğer Sigorta Şirketinden Geçiş

- Sigortalılar, sigortalı oldukları şirket ve kazanılmış haklarla ilgili bilgileri Sigortacı'ya bildirmekle yükümlüdür. Daha önce sigortalı olunan şirketten gelen kazanılmış hak bilgileri Sigortacı'nın onayı ile devralınır.
- Diğer sigorta şirketinde herhangi bir Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, Sigortacı'dan sağlık sigortası almak istediği durumlarda, sigortalı olduğu önceki şirketinden kazanılmış haklarını gösteren belgelerin Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir.

- Sigorta Ettiren bünyesinde poliçeye giriş yapacak olan Sigortalı'ların poliçe kapsamına dahil olmadan önce başka bir sigorta şirketinde devam eden grup ya da ferdi sağlık poliçesinden ötürü kazanılmış hakları varsa, bu haklar iki sigorta arasında otuz (30) günden fazla bir kesinti olmaması "Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması" maddesi doğrultusunda kazanılmış hakları devralınır. Önceki sigorta şirketinde kazanılmış olsa dahi, geçiş yapma talebinde bulunan sigortalı adayı için Sigortacı tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre korunabilecektir.

14.2. Sigortacı Bünyesinden Geçiş

Sigorta Ettiren bünyesinde poliçeye giriş yapacak olan Sigortalı'ların poliçe kapsamına dahil olmadan önce Sigortacı bünyesinde devam eden grup ya da bireysel sağlık poliçesinden ötürü kazanılmış hakları varsa, bu haklar iki sigorta arasında otuz (30) günden fazla bir kesinti olmaması şartı ile kazanılmış hakları Sigortacı tarafından tıbbi ve teknik değerlendirme yapılarak devralınır.

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.

15.2. SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

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

15.3. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

15.3.1. SÖZLEŞME İPTALLERİ VE POLİÇEDEN ÇIKIŞ İŞLEMLERİ

15.3.1.1. Poliçe Priminin Ödenmemesi Durumunda İptal

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.

15.3.1.2. Sigorta Ettiren Ve/Veya Sigortalı'nın İptal Hakkı

15.3.1.2.1. 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 yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması durumunda, ödenen primler kesintisiz olarak Sigorta Ettiren'e iade edilir.

15.3.1.2.2. Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı isteği üzerine poliçenin iptal edilmesi durumunda prim iade tutarı;

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

15.3.1.3. 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 olması halinde, ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve sigorta sözleşmesini bazı veya tüm sigortalılar için kısmen veya tamamen mebdeinden (başlangıçtan) iptal etme hakkına sahiptir. İptal durumunda prim iadesi hesabı "Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı" maddesinde belirtildiği gibi yapılır.

Sigortalının, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile Sigortacı'nın uğrayacağı zararlardan Sigorta Ettiren, Sigortalı ile birlikte sorumludur.

15.3.1.4. Vefat Durumu

15.3.1.4.1. Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda;

- Sigorta Ettiren'in sözleşmede sigortalı olarak yer almadığı durumda;

Sigortalı'ların Sigorta Ettiren'i değiştirerek sigorta sözleşmesini 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 poliçe iptal edilerek varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

- Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir sözleşmede;

Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda sigorta sözleşmesi geçersiz hale gelir. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde poliçe iptal edilerek varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

- Sigorta Ettiren'in sözleşmede sigortalı olarak yer aldığı ve poliçede birden fazla sigortalı olması durumunda,

Sigortalı'ların Sigorta Ettiren'i değiştirerek sigorta sözleşmesini devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda vefat eden sigortalı çıkışı yapılır, Sigorta Ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda poliçe iptal edilerek varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Poliçe iptali ya da sigortalı çıkışı durumunda prim iadesi hesabı "Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı" maddesinde belirtildiği gibi yapılır.

15.3.1.4.2. Sigortalının vefatı durumunda;

Tek kişilik sözleşmelerde sigorta sözleşmesi geçersiz hale gelir. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde poliçe iptal edilerek varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla sigortalının olduğu sigorta sözleşmelerinde, sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının sözleşmeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır ve varsa prim iadesi Sigorta Ettiren'e yapılır.

Poliçe iptali ya da sigortalı çıkışı durumunda prim iadesi hesabı "Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı" maddesinde belirtildiği gibi yapılır.

16. YAPTIRIMLAR

Sigortalı taleplerinin karşılanmasının aşağıdaki durumlara yol açması halinde Sigortacı tarafından teminat sağlanmaz ve Sigortacı Poliçe kapsamında herhangi bir talebi ödemekle veya herhangi bir menfaat sağlamakla yükümlü olmayacaktır:

- Herhangi bir Birleşmiş Milletler kararına veya herhangi bir yargı yetkisinin ticari veya ekonomik yaptırımlarına, yasalarına veya düzenlemelerine aykırı olan

durumlar (Avrupa Birliği, Hong Kong, Avustralya, Birleşik Krallık, ve/veya Amerika Birleşik Devletleri'ninkiler dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere).

- Herhangi bir ilgili makam veya yetkili organ tarafından yaptırıma tabi tutulma riskine maruz bırakacak durumlar; ve / veya
- Herhangi bir ilgili makamın veya yetkili organın yasak olduğunu düşündüğü davranışlara (doğrudan veya dolaylı olarak) dahil olma riskine maruz bırakan durumlar.

Bu maddede atıfta bulunulan herhangi bir karar, yaptırım, yasa veya yönetmeliğin Sigortalı'nın poliçesi için geçerli olduğu veya geçerli hale geldiği durumlarda; Sigortacı bahse konu düzenleme ve kurallara uyumlu olmak amacı ile Poliçe'nin iptali de dahil olmak üzere gerekli görülebileceği tüm önlemleri alma hakkına sahiptir.

SAĞLIK SIGORTASI GENEL ŞARTLARI

Madde 1- İşbu sigorta, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder.

Teminat Dışı Kalan Haller

Madde 2 - Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

- a) Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- d) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- e) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- f) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla etkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.
- g) Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
- h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller

Madde 3 – Aksine sözleşme yoksa, aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır:

- a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.
- b) 2 nci maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

Sigortanın Coğrafi Sınırı

Madde 4 - Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

Madde 5 - 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 sona erer.

Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü

Madde 6 - Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir. Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek hallerde;

- a) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez.

Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

- b) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren/sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafında iadeli tahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebelluğ tarihin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm

ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

- c) Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.
- d) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:
 - 1. Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,
 - 2. Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,
 - 3. Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse, sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü

Madde 7 - Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür. Sigortacı, değişikliği öğrendiği tarihten itibaren, bu değişiklik, sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiriyorsa, 8 gün içinde;

- 1. sözleşmeyi fesheder veya,
- 2. prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren istenen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur.

Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

Değişikliği öğrenen sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta sözleşmesinin aynen devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa, fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

Primin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

Madde 8 - Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit en geç poliçenin tesliminde ve kalan taksitler poliçede belirtilen tarihlerde ödenir.

Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmeden sigortacının sorumluluğu başlamaz.

İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağının, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.

Bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir. Can sigortalarında indirimle ilişkin hükümler saklıdır.

Prim ödeme zamanı, miktarı ve primin ödenmemesinin sonuçları, poliçenin ön yüzüne yazılır.

Sigorta ücretinin kambiyo senetlerine bağlanması borcun niteliğini değiştirmedeği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da hâlel getirmez.

Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri

Madde 9 –

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.

Sigorta ettiren/sigortalı söz konusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

B) Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

Kaza veya hastalığı müteakip derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır.

Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkını haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur.

Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır.

Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında belirtilen yükümlülükler;

- a) Kasden yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.
- b) Kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz.

C) Gerekli belgelerin teslimi

Sigorta ettiren veya sigortalı kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını, veya asıllarından şüpheyi davet etmeyecek suretlerini tedaviyi yapan hekim veya hastanece doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

Masrafların Tesbiti

Madde 10 - İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder.

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

- a) İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler,
- b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri, Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşmadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tesbit edilir.

a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tesbit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem-bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

c) Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem-bilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem-bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.

d) Her iki taraf, üçüncü hakem-bilirkişinin bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.

e) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tesbit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

f) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tesbiti bakımından gerekli göreceklere delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

g) Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler, ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacıya dava edilemez.

Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumdan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

h) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.

ı) Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.

i) Masraf miktarının tesbiti, teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefîyet Hakkı

Madde 11 - Sigortacı ödediği tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dahil tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir.

Sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacının açabileceği davaya veya takibine yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur.

Müşterek Sigorta

Madde 12 - Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde, bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

Sırların Saklı Tutulması

Madde 13 - Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık Kanunun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir.

Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla talep edilen bilgi ve belgelerin ihtiyaç ile uyumlu olması ve doğrudan bağının bulunması gerekmektedir.

Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez.

Sigortalı hakkındaki sırlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sırların saklı tutulmasından sorumludur.

Tebliğ ve İhbarlar

Madde 14 - Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak yapılır.

Sigorta şirketinin ihbar ve tebliğleri de sigorta ettirenin poliçede gösterilen adresine, bu adreslerin değişmiş olması halinde ise sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye bildirilen son adresine aynı suretle yapılır.

Yetkili Mahkeme

Madde 15 - Bu poliçeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu veya hasarın ortaya çıktığı, sigorta şirketi tarafından açılacak davalarda ise, davalının ikametgahının bulunduğu yerin ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemesidir.

Zaman Aşımı

Madde 16 - Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

Özel Şartlar

Madde 17 - Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klostara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.

Bilgilendirme Formu, Poliçe ve Katılım Sertifikası Verme Yükümlülüğü

Madde 18 –

A. Genel Hususlar

Sigortalılara bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şarttır.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası imza karşılığı verilir ve imzalı bir örneği şirkette saklanır.

Ancak; sigortacı ile sigortalıların fiziki olarak karşı karşıya gelmesinin söz konusu olmadığı hallerde veya işin mahiyetinin gerektirdiği durumlarda elektronik ortamda veya sigortalının erişimini mümkün kılan benzeri araçlarla bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilebilir.

Sigortalıların bilgi paylaşımına ilişkin yazılı onayı, imza karşılığı verilen bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası aracılığı ile temin edilemez ise teklifname veya izni gösterir bir muvafakatname veya benzeri başka bir yöntemle temin edilir.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının verildiğinin ve bilgi paylaşımına ilişkin onayın alındığının ispat yükümlülüğü Sigortacıya aittir.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının birer örneği Sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur.

B. Grup Sigortalıları

En az on kişiden oluşan, sigorta ettiren tarafından, belirli kıstaslara göre kimlerden oluştuğunun belirlenebilmesi imkanı bulunan bir gruba dahil kişiler lehine, tek bir sözleşme ile sigorta yapılabilir. Sözleşmenin devamı sırasında gruba dahil herkes sigortadan, grup sigortası sözleşmesi sonuna kadar yararlanır. Sözleşmenin yapılmasından sonra grubun on kişinin altına düşmesi sözleşmenin geçerliliğini etkilemez.

Bilgilendirme formu, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından önce; katılım sertifikası, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından itibaren on beş gün içinde verilir.

Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının verilebilmesi için sigortacı tarafından sigorta ettirenden sigortalılara ait iletişim bilgileri talep edilir. Sigorta ettiren, sigortacının

bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı gösterir.

Ancak; sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigorta ettiren tarafından sigortacıya bildirilmemesi nedeniyle bu maddede bahsi geçen yükümlülüğün gereği gibi yerine getirilememesi durumunda Sigortacı sorumlu tutulamaz.

Sigortalıya ait iletişim bilgilerinin Sigortacı ile paylaşılması durumunda; Sigortacı, sigortalılara ait bilgilendirme formu ve katılım sertifikalarını sigortalılara verilmesini teminen bu maddede belirlenen usule uygun şekilde sigorta ettirene teslim eder. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği Sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur. Sigortacı, sigortalılara ait kişisel sayfaya erişim yöntemi hakkında sigorta ettireni bilgilendirir.

C. Aile Sigortaları

Aile bireylerinin dahil olduğu sözleşmelerde bağımlılar (eş, 18 yaşından küçük çocuklar ve bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler) için, aksi talep edilmedikçe, ayrı bir bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şartı aranmaz.