

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI**1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI**

TÜRKİYE SİGORTA (İş bu özel şartlarda bundan sonra 'Sigortacı' olarak adlandırılacaktır.) Sigortacı, Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalının Bireysel Sağlık Başvuru Formunda verdiği bilgilere göre poliçe/zevilnamede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında meydana gelebilecek hastalık ve/veya kaza sonucu oluşan sağlık giderlerini, belirlenen primin ödenmesi ve Sigorta Sözleşmesinin ayrılmaz ekleri olan Sağlık Sigortası Genel Şartları, bu Özel Şartlar ve Türk Ticaret Kanunu Genel hükümlerine göre poliçe/zevilname ekindeki teminat tablosunda belirtilen limit ve katılım payı oranında teminat altına alır.

Bu sigorta, Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden 0-64 yaş aralığındaki kişiler ile Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış 64 yaş üzeri kişileri kapsar.

Sigorta poliçesi 1 yıl olarak düzenlenir, başlangıç tarihinde Türkiye saati ile öğlen 12:00 de başlar ve bitiş tarihinde öğlen 12:00 sona erer.

2. TANIMLAR

Bu Sigorta Sözleşmesi metninde kullanılan sözcükler, tanımlar, deyimler ve kısaltmalar karşılıklarında belirtilen anlamları taşır. (Aşağıda yer alan tanımlar genel tanımlar olup, poliçe kapsamı, poliçe üzerinde belirtilen teminatlarla sınırlıdır.)

Acil Durum:

Kapsam dışı olmayan ani bir hastalık, kaza veya yaralanma sonucu meydana gelen ve hastanenin acil servisinde 24 saat içinde müdahale edilmediği hallerde sigortalının hayatını tehlikeye sokan durumlardır. Aşağıda Dünya Sağlık Örgütü ve “Sağlık Hizmet Tarifesi” referans alınarak listelenmiş durumlar haricinde ortaya çıkabilecek vakalar "Acil" tanımında değerlendirilmez.(Hastanın durumu stabil hale geldikten sonraki tedaviler acil durum kapsamında değildir.)

Akut Batın,
Akut Hipertansif Atak,
Akut Masif Kanamalar,
Akut Myokard Enfarktüsü (Kalp Krizi) ve ciddi ritm bozuklukları,
Astım Krizi ve Akut Solunum Yetmezliği,
Ciddi allerji, anafilaktik şok,
Donma,
Elektrik çarpması,
Göz yaralanmaları,
Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi
Renal Kolik,
Sıcak/ Güneş çarpması,
Suda Boğulma,
Şuur kaybına neden olan her tür hal,
Trafik Kazası,
Travma sonucu oluşan kırık-çıkık ve uzuv kopmaları,
2. ve 3. Derece Yanık,
Yüksek ateş (39.5 üzeri),

Olay anında yaşamsal fonksiyonları bozmuş olan ya da ilerleyen saatlerde bozma ihtimali yüksek olan maddelerin ağızdan alınması, kimyasal maddelerin cilde teması ya da zehirli gazların solunması sonucu oluşan Zehirlenmeler

Diabetik-üremik koma

Ani felçler

Aile:

Evlilik bağına dayanan karı, koca, çocuk / çocuklardan oluşan en küçük topluluk.

Alternatif Tedavi:

Geleneksel ve klinik tıp dışında Akupunktur, Homeoterapi, Anti-Aging, Ayurveda, Bitkisel Tedavi, Biyoenerji, Reiki, Hipnoz, Magnetoterapi, G Terapi, Nöral terapi, Balneoterapi, Oksiterapi vb. gibi geleneksel tıp sistemleri tarafından kabul görmeyen teknik, yöntem ve disiplinlerdir.

Anti -Aging/ Well Being:

Geleneksel ve klinik tıp dışında yaşlanmayı yavaşlatıcı, vücudun bir bütün olarak sağlıklı yaşlanmasını sağlamak amacı ile uygulanan tedavi yöntemleri ve bu tedaviye karar vermek, ölçümlemek için yapılan tetkik ve takip giderleridir.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu:

Sigortacı adına yapılan bir sözleşmeyle Anlaşmalı Kurum ağını meydana getiren ve bu Sigorta Sözleşmesinin şartlarına uygun olarak Sigortalının Teminat Kapsamında ve limit dahilindeki tedavi giderlerini doğrudan Sigortacıdan almayı kabul eden doktorlar, hastaneler, klinikler, tıp merkezleri, eczaneler, laboratuvarlar, radyolojik tanı ve görüntüleme merkezleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri.

Anlaşmalı Doktor:

Anlaşmalı Kurum ağı içerisinde bulunan hastaneler, klinikler ve tıp merkezlerinin kadrolu doktorları.

Anlaşmalı Olmayan Sağlık Kurumu:

Sigortalının Teminat Kapsamındaki tedavi giderlerinin doğrudan Sigortacıdan alınmasıyla ilgili özel bir sözleşmesi bulunmayan doktorlar, hastaneler, klinikler, tıp merkezleri, eczaneler, laboratuvarlar, radyolojik tanı ve görüntüleme merkezleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri.

Anlaşmalı Olmayan Doktor:

Anlaşmalı Kurum ağı içerisinde bulunan hastaneler, klinikler ve tıp merkezlerinin kadrolu olmayan doktorları ile Anlaşmalı Olmayan Sağlık Kurumları'nda kadrolu veya kadrosuz çalışan doktorlar.

Araştırma ve Deneyisel Amaçlı Tanı ve Tedaviler:

Amerikan FDA (Food and Drug Administration) kurumu tarafından onaylanmamış, deneysel aşamada olduğu kabul edilen, bilimselliği henüz kanıtlanmamış tüm tanı ve tedavi giderleri

Başlangıç Tarihi:

Sigorta Sözleşmesinin ilk kez veya varsa müteakip her yinelenmesinde yürürlüğe girdiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl.

Bitiş Tarihi:

Sigorta Sözleşmesinin süresinin bittiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl.

Önceden Var Olan Beyan Edilmemiş Hastalık/Rahatsızlık:

Sigorta Sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında veya öncesinde, var olan ve bilinen herhangi bir şikâyetin veya hastalığın başvuru formunda sorulmuş olmasına rağmen sigortacıya beyan edilmemesi.

Önceden Mevcut Hastalık/Rahatsızlık:

Belirtisinin / bulgusunun / şikâyetinin veya teşhisinin ve / veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ile gelişim süreci açısından sigorta başlangıç tarihinden önceye dayalı rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklar (komplikasyonlar)

Coğrafi Bölge:

Sigorta sözleşmesiyle teminat altına alınan durumlarla ilgili harcamaların yapıldığı ülke veya bölge.

Çocuk:

Sigortalının kanuni velayeti altındaki çocukları.

Doğrudan Ödeme:

Sigortalının poliçesi kapsamındaki teminatları için, anlaşmalı kurumlarda sigortacıdan onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderlerinin sigortalı adına anlaşmalı sağlık kurumuna ödenmesidir.

Genel Şartlar:

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen Sağlık Sigortası Genel Şartları.

Gereksiz Hastane Hizmetleri:

Belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmadan veya tarama/kontrol amaçlı yapılan tüm işlem giderleri

Hastalık / Rahatsızlık:

Sigortalının psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir doktor tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektiren durumlarıdır.

Hastane:

Faaliyet alanı ile ilgili resmi olarak Hastane ruhsatı bulunan, hasta ve yaralı kişilere tıbbi hizmet veren, kamu veya özel kurum. Ayakta tedavi hizmeti veren klinikler, sanatoryumlar, fizik tedavi merkezleri, sağlık kulüpleri, bakımevleri, huzurevleri vb. ile madde (uyuşturucu, alkol) bağımlılığı konularında uzman olan kurumlar bu tanımın dışında kalır.

İkinci Görüş Doktoru:

Tıbbi değerlendirmelerde sigortacının gerekli gördüğü hallerde, sigortalıyı ikinci bir muayene için yönlendirdiği doktor.

İlk Kayıt Tarihi:

Sigortalının Sigorta Sözleşmesi ile teminat altına alındığı veya Yenileme tanımında belirtilen koşullarda tekrarladığı ilk Sözleşme ile Teminat altına alındığı gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl. Sigortalının daha kapsamlı Plan/Teminat alması durumunda yeni alınan Teminat için İlk Kayıt Tarihi, yeni teminat planının Başlangıç Tarihi olur.

İptal Tarihi:

Sigorta Ettirenin yazılı olarak talep etmesi veya Sigortacı tarafından Genel Şartlarda belirtilen hususlardan dolayı cayma veya fesih nedeniyle bu Sigorta Sözleşmesinin iptal edildiği gün. (Türkiye saati ile saat 12:00), ay ve yıl.

İstisna:

Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan şikâyet ve hastalıkların, sigortacının risk değerlendirilmesi sonucunda sigorta teminatı dışında bırakılmasıdır.

Kabul Edilebilir Sağlık Giderleri:

Sigortalının sağlık harcamalarının, seçilen Teminat Kapsamı (Limiti, Ödeme Yüzdesi, İstisna v.b.) ve poliçe özel/genel şartları doğrultusunda ödenebilir kısmı.

Kaza:

Sigortalının adli ve tıbbi olarak kanıtlanabilecek bedensel yara almasına neden olan beklenmedik, ani olay.

Kazanılmış Hakların Devralınması:

Diğer sigorta şirketinden geçişlerde, sigortalının en az 1 tam yılını doldurması ve /veya bir yıldan fazla kesintisiz sigortalı olması koşulu ile ilk kayıt tarihinin korunması (Doğum Teminatı hariç).

Özel Şartlar:

Sigorta Şirketi tarafından Genel Şartlara ilave olarak hazırlanan, sigortacı ve sigortalı/sigorta ettirenin karşılıklı hak ve yükümlülüklerinin belirtildiği yazılı kurallardır.

Poliçe:

Sigortacı tarafından imzalanarak sigortalı/sigorta ettirene verilen, sigortalı ve sigortacının sigorta sözleşmesinden doğan hak ve borçlarını gösteren belgedir.

Risk Değerlendirme:

Sigortalı beyan formuna dayandırılarak, sigorta yapılıp yapılmayacağına, yapılacak ise hangi şart ve primle yapılacağına karar verilmesi işlemlerinin bütünüdür.

Sağlık Gideri Teslim/ Talep Formu:

Sigortalının tazminat talebinde bulunulabilmesi için eksiksiz olarak doldurarak ilgili harcama belgeleriyle birlikte Sigortacıya vermesi gereken form.

Sağlık Hizmet Tarifesi:

Türkiye Saigorta,'nin sağlık hizmeti veren kurumlarla yaptığı sözleşmelerde tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV), SUT (Sağlık Uygulama Tebliği), Türk Dış Hekimleri Birliği Tarifesi (TDB) gibi)

Sigortacı:

Bu Sigorta Sözleşmesinin tanzim edildiği ülkede tescil edilip işletme ruhsatı almış Sigorta Şirketi.

Sigorta Ettiren:

Sigorta Sözleşmesi için başvuran ve bu Sigorta Sözleşmesinin kapsamı içerisinde sorumlu taraf olup kendisi ve sigortalanan kişilerin adına hareket eden, prim ödemekle yükümlü kişi veya tüzel kişilik.

Sigortalı:

Başvurusu sigortacı tarafından kabul edilmiş ve sigortalanmak üzere ilk başvurdukları tarihte, 0-64 (dahil) yaş arasında olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir. Yeni doğan bebekler, doğum tarihinden 14 gün sonra (15. Gün) sigorta kapsamında bulunan aile poliçesinde yer alabilir. Çocuklar, bekâr ve öğrenci olması durumunda 25 yaşına kadar ailesi ile birlikte poliçe kapsamında sigortalanabilir.

Yaş hesaplamasında, doğum yılı ile poliçe başlangıç yılı arasındaki fark (ay ve gün hesabı dikkate alınmaksızın) kullanılır.

Sigortalı Katılım Payı:

Sigorta Sözleşmesi ekinde verilen Teminat Tablosunda belirtildiği oranda Sigorta Ettiren/Sigortalının Kabul Edilebilir Harcamalarından üstleneceği katılım yüzdesi.

Teminat Dışı Kalan Haller:

Bütün teminatlar ve bütün sigortalılar için geçerli olan, özel şartlarda belirtilmiş kapsam dışı durumlar.

Tıp Doktoru:

Sağlık hizmetinin verildiği Coğrafi Bölgede geçerli olan yasalar çerçevesinde resmi olarak tıp doktoru unvanı / belgesi verilmiş olan ve/veya mesleğini T.C. sınırları içinde kanunlarla icra etmesine izin verilen kişi. Bu özel şartlarda Tıp Doktoru ibaresi DOKTOR olarak geçecektir.

Teminat:

Sigortacının sigorta sözleşmesi ile sigortalıya risklere karşı vermiş olduğu ilgili poliçe döneminde oluşan sağlık giderleri ile ilgili güvencedir.

Yatış Gerektirmeyen Hastane Hizmetleri:

Hastanede yapılması gereken ancak yatış gerektirmeyen inceleme ve işlemlerin hastaneye yatırılarak yapılması.

Yenileme:

Sigorta Ettirenin mevcut olan Sigorta Sözleşmesinin bitiş tarihinden önce en erken 30 gün veya Bitiş Tarihinden itibaren en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yaptırmak için Sigortacıya başvurması ve Sigortacı ile Sigorta Ettirenin yeni Sigorta Sözleşmesinin koşullarında mutabık kalarak sigorta süresinin Bitiş Tarihinden itibaren mutabık kalınan yeni koşullarla kesintisiz olarak devam ettirilmesi.

Yenileme Tarihi:

Daha önce mevcut olan Sigorta Sözleşmesinin Bitiş Tarihi ile aynı olan yeni Sigorta Sözleşmesinin Başlangıç Tarihi (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl.

Doğuştan Gelen Hastalık:

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

Zeyilname:

Poliçe yürürlüğe girdikten sonra yapılan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen son durumu gösterir ek sigorta sözleşmesidir.

İlk Sigortalanma Tarihi:

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

Kazanılmış Haklar:

Bu sigorta sözleşmesinde kazanılmış haklar, İlk Sigortalanma Tarihi ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi haklarını ifade eder.

Yıllık Toplam Limit:

Sigortalının Sigorta Sözleşmesi süresince Teminat tablosunda belirtilen teminatlarla ilgili harcamaların teminat limitleri dahilinde Sigortacı tarafından karşılanacak yıllık tutar.

Yıllık Toplam Muafiyet:

Sigortalının Sigorta Sözleşmesi süresi içerisinde gerçekleşen kabul edilebilir sağlık giderlerinden, sigortalının üstleneceği senelik toplam tutar.

Pandemi Hastanesi: Sağlık Bakanlığının 14500235-403.99 sayılı yazısında belirlendiği üzere, bünyesinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları ve iç hastalıkları uzmanlık alanlarından en az ikisinin bulunduğu ve 3. Seviye erişkin yoğun bakım yatağı bulunan hastaneler Pandemi Hastanesi olarak kabul edilir. Pandemi Hastanesi: Covid-19 tanısı almış (test pozitif) vakaların tedavi sürecinin yapıldığı hastane olarak tanımlanır. (09092020)

3 TEMİNATLAR

3.1 Yatarak Tedavi Teminatları

Sigortalının aşağıda tanımları verilen; Ameliyat, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Dahili Yatış-Yoğun Bakım, Ambulans, Evde Tıbbi Bakım, Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz, Küçük Müdahale, Suni Uzuv ile hastanede en az 24 saat yatış gerektiren medikal tedaviler Yatarak Tedavi Teminatları kapsamında ve poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Hastaneye yatırılmayı ve/veya Günlük Hastane İşlemlerini ve/veya madde 2. de belirtilen acil durum kapsamındaki acil hizmetleri gerektiren aşağıda belirtilen tedavi giderlerini kapsar.

Hastanede yatarak tedavi esnasında, görülen tedaviye ilişkin, operatör doktor ücretleri, hastane hizmetleri (ameliyathane, anestezi, ilaç, laboratuvar, patoloji tetkikleri, radyolojik inceleme ve görüntüleme tetkikleri), yatak yemek, refakatçi ve diğer zorunlu tıbbi hizmetler Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır

Bu Teminat sadece yurtiçinde geçerlidir.

3.1.1 Ambulans

Sigortalının kaza, yaralanma veya hastalanması sonucunda hayati tehlike gösteren acil durumu nedeniyle bulunduğu yere en yakın sağlık kurumuna ulaştırılması için yapılacak ambulans (kara ambulansı veya hava ambulansı) giderleri Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Sigortalının acil durumu nedeni ile, detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve sigortacının onayının alınmasını takiben en yakın tedavi merkezine Anlaşmalı Kara Ambulansı ile nakli kapsam dahilindedir. Sigortalının bu hizmetten yararlanması için sigortalı kartının arka yüzünde belirtilen

7/24 ulaşılabilen ACİL TIBBİ DANIŞMA ve AMBULANS HATTI'nı aramaları gerekmektedir. Sigortalının, hayati tehlike gösteren acil bir hastalık/yaralanma durumunda anlaşmalı ambulans servisi dışında başka bir kurumdan hizmet alması halinde, ambulans giderleri her vakada poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirmeye alınır.

Sigortalının, bulunduğu yerde tedavisinin imkanı yoksa ve sağlık durumu, bulunduğu yere en yakın olan donanımlı bir sağlık merkezine kara ambulansı ile taşınması mümkün değilse, sigortalının nakli, sigortalının onay vermesi kaydıyla, sigortalının anlaşmalı Hava ambulansı ve/veya Hava Taşımacılığı ile sağlanır. Hava Ambulansı servisi için sigortalıdan önceden onay alınması ve tıbbi raporların ulaştırılması gerekmektedir. Sigortalının onayı alınmadan gerçekleştirilen Hava Ambulansı taşımaları kabul edilmeyecektir.

Bu teminat yalnızca yurtiçinde geçerlidir.

3.1.2 Ameliyat

Sigortalının tedavisinin cerrahi müdahale gerektirdiğinin doktor raporu ve ilgili tetkiklerle belgelenmesi sonucu oluşacak hastane giderleri, ameliyat sırasında kullanılan malzeme ve ilaç giderleri (kalp pili, ICD, operatör tarafından yerleştirilen vücut içi pompalar, ilaçlı/ilaçsız stentler v.b.), operatör doktor/ekibine (asistan ve anestezi uzmanı) ait sağlık giderleri poliçede belirtilen teminat ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Koroner Angiografi, ESWL (Şok dalga tedavisi ile taş kırma), dış gebelik ameliyatları, ameliyat öncesi yapılan pre-op tetkikler, kanser tedavisi sonrası kanserli memeye yapılan rekonstrüksiyon cerrahisi (meme ucu rekonstrüksiyonu ve takılan meme protezinin herhangi bir nedenle değiştirilmesi hariç), organ/doku nakil giderleri, poliçe süresi içerisinde zabıtlı bir trafik kazası sonucu oluşan burun, diş ve çene cerrahisi (diş kaybı sonucu oluşacak giderler hariç) ile ilgili ameliyatlar bu teminat kapsamında karşılanır.

Tek anestezi altında birden fazla ameliyatın yapılması ve bunlardan birinin veya birkaçının teminat kapsamına girmemesi halinde, teminat kapsamına girmeyen ameliyat ile ilgili hiçbir masraf ödenmemektedir. Ödenmeyecek tutar, T.T.B.A.Ü.T. puanları esas alınarak ağırlıklı olarak hesaplanır ve toplam faturadan düşülerek tazminat ödenir.

3.1.3 Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi

Sigortalının, poliçe dönemi içerisinde ortaya çıkmış hastalığı sonucu yapılan ameliyatı sonrasında tedavisini yürüten doktoru tarafından tıbben uygulanması gerekli görülen fizik tedavi, sigortalının, hastaneden taburcu olduğu tarihi takip eden 8 hafta içerisinde yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın Yatarak Tedavi Teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır. Bu teminat poliçe yılı içinde toplam 20 seans ile sınırlıdır. Sadece fizik tedavi sebebi ile uzayan yatışlarda fizik tedavi dışındaki giderler karşılanmaz.

Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge ayrı bir seans olarak değerlendirilir.

3.1.4 Evde Tıbbi Bakım

Sigortalının yatarak tedavi sonrası hastaneden taburcu olurken tedavisini yürüten hekim tarafından evde uygulanması istenen tedavi planının Sigortacı tarafından da tıbbi gereklilik görülerek kabul edilmesi halinde evde sadece tıbbi personel tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavi giderleri, bir Sigorta Sözleşmesi süresi içerisinde en fazla 60 güne kadar olmak koşuluyla bu teminat kapsamında limit ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Sigortalının günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı ve sosyal bakımdan destek olunması amacıyla yapılan bakım hizmetleri, havalı yatak, yastık vb medikal malzemeler bu kapsama girmez.

Bu teminat sadece yurt içinde ve sigortacının bu hizmeti verdiği Anlaşmalı Kurumlarda geçerlidir. Anlaşmalı Kurum hizmeti alınamayan illerde en fazla Anlaşmalı Kurum ücreti kadar karşılanır.

3.1.5 Kemoterapi - Radyoterapi - Diyaliz

Poliçe dönemi içerisinde ortaya çıkmış ve sigortacı tarafından kabul edilen malign hastalıklar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile diyaliz tedavi giderleri (hastane, ilaç, doktor ücreti), bu teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Kemoterapi/Radyoterapi/Diyaliz öncesinde; tedaviye hazırlık amacıyla yapılan kan tahlilleri ve komplikasyonunun tedavisi dahil olmak üzere bu teminattan ödenir.

Kanser tedavisi de dahil olmak üzere, teminat kapsamında olan Hepatit B ve Hepatit C tanısının tedavisinde kullanılan ‘interferon alpha’ ve ‘peginterferon alpha’ etken maddeli ilaç giderleri de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Kemoterapi/Radyoterapi/Diyaliz’in takibine ilişkin yapılan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve tanı yöntemleri ile ilgili sağlık giderleri, Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

3.1.6 Küçük Müdahale

Yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın, hastane veya doktor muayenehanesinde genel veya lokal anestezi altında veya anestezi olmadan tedaviye yönelik olarak yapılan ve birimi Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi’nde 150 birimin altında olan girişimlere (alçı uygulaması, ben ve lipom alımı, besin zehirlenmesi ve ishal nedeniyle kısa süreli yatışlar, basit yanık tedavileri, koterizasyon ve krioterapi işlemleri, kulak yıkama, deriden yabancı cisim ve gözden metal çapak çıkarma, cilt kesilerine müdahale, akut ağrı tedavisi (migren, akut gastrik kriz ve renal kolik), abse drenajı, sütur atılması, tırnak çekme, vb.), 24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahade) ilişkin her türlü gider ile sadece beyin, böbrek, kemik iliği, akciğer ve karaciğer biyopsisi Küçük Müdahale Teminatı limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Küçük Müdahale Teminatı kapsamına giren işlemler öncesinde ve sonrasında yapılacak işlemlerde her türlü muayene, laboratuvar, radyoloji gibi tetkikler ile işlem sonrası reçete edilecek ilaçlar Ayakta Tedavi Teminatı’ndan karşılanır.

3.1.7 Suni UzuV

Poliçe süresi içinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucunda uzuv kaybı olması halinde uzuva ait fonksiyonların yerine konması için gereken (El, kol, bacak, parmak) suni uzuv giderleri ile kanser ameliyatı sonrasında kullanılan meme protezleri(meme ucu rekonstrüksiyonu ve takılan meme protezinin herhangi bir nedenle değiştirilmesi hariç) ve göz kaybı nedeniyle kullanılan takma göz bu teminat limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Sigorta başlangıç tarihinden önce kullanılan suni uzuvların yenilenmesi kapsam dışındadır.

3.1.8 Yoğun Bakım

Sigortalının tedavisinin yoğun bakım ünitesinde yürütülmesi gereken hallerde meydana gelen yoğun bakım yatışlarını kapsar.

Yoğun bakım ünitesinde yatış esnasında yapılan tanı ve tedavisiyle ilgili tüm işlemler (her türlü ameliyat, cerrahi müdahale, tanı ve tetkik amaçlı yapılan her türlü girişim, doktorluk ücretleri) bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigortalının yoğun bakım ünitesinde yattığı süre boyunca refakatçi giderleri ödenmez.

3.1.9 Dahili Yatış

Sigortalının tedavisinin cerrahi işlem yapılmaksızın en az 24 saat hastanede yatarak yapılması ve bu durumun doktor ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi sonucu oluşan sağlık giderleri (tedaviye ilişkin doktor takibi, tetkik, ilaç,sarf malzeme giderleri) bu teminat kapsamında karşılanır.

Yatış endikasyonu olmadan tetkik amaçlı yapılan hastane yatış masrafları bu teminat kapsamında değildir.

3.1.10 Ameliyat Tazminat Teminatı

Poliçe özel şartları ile sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda, teminat kapsamı dahilindeki ameliyat giderlerinin, Sigortacıdan talep edilmeyen veya SGK kullanım koşulu ile sonradan ödeme kapsamında talep edilen 2 SUT altında gerçekleşen ameliyat giderlerinin belgelenmesi (ayrıntılı doktor raporu, ameliyat ve/veya epikriz raporu vb) halinde Sigortalıya ilgili ameliyatın bedeline ek olarak, Teminat Tablosunda belirtilen Ameliyat Tazminat Teminatı limiti ile kapsamında nakit ödeme yapılır.

Rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile 'Ameliyat Tazminat Teminatı' teminatı kapsamı dışındadır. Seçilen planda veya sigortalıda sağlık giderine konu işlem için limit varsa, ödenecek 'Ameliyat Tazminat Teminatı' bu limiti aşmayacaktır. Bu teminatın kullanılması halinde aynı ameliyat ile ilgili olarak ikinci bir ödeme yapılmayacaktır. Tazminat talebinin değerlendirilebilmesi için, Sigortacı tarafından gerekli görülmesi durumunda, Sigortalı'dan ek bilgi ve belge talep edilebilir.

(14.10.2024 tarihi itibarıyla geçerlidir.)

3.1.11 Hastane Gündelik Tazminatı

Hastanede yatışa neden olan rahatsızlık/hastalık ya da cerrahi/girişimsel tedavilerin sigorta sözleşmesi kapsamında olması ve bu yatıştan kaynaklanan sağlık giderlerinin Sigortacı'dan talep edilmemiş olması koşuluyla, sigortalının hastanede kaldığı 5 gün üzeri yatışlarda her gece başına maksimum 90 gün ile sınırlı olmak üzere poliçede belirtilen günlük TL limiti kapsamında

sigortalıya gündelik tazminat nakit olarak ödenir. Bu teminatın kullanılması halinde aynı yatış ile ilgili olarak ikinci bir ödeme yapılmayacaktır. Tazminat talebinin değerlendirilebilmesi için, Sigortacı tarafından gerekli görülmesi durumunda, Sigortalı'dan ek bilgi ve belge talep edilebilir. Seçilen planda veya sigortalıda ilgili yatıştan kaynaklı sağlık giderine konu işlem için teminat veya hastalık limiti varsa, ödenecek Ameliyat Tazminat ve Hastane Gündelik Tazminat Teminatı bedelleri toplamı bu limiti aşmayacaktır.

(14.10.2024 tarihi itibarıyla geçerlidir.)

Ameliyat Tazminat ve Hastane Gündelik Tazminatı Teminatları poliçede belirtilen Anlaşmalı/Anlaşmasız Kurum teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri ile “sonradan ödeme” kapsamında karşılanır. Bu üründe SGK tarafından İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri giderleri, gündelik bakım, gündelik iş görememe parası giderleri kapsam dışıdır.

3.2 Ayakta Tedavi Teminatları

Poliçede bu teminatının alınması halinde, ayakta tedavi; doktor muayene, ilaç, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri, fizik tedavi teminatlarından oluşur.

Ayakta Tedavi Teminatları ile ilgili tazminat taleplerinin, Sigortalının Doktoru tarafından eksiksiz olarak doldurulmuş Sağlık Gideri Teslim/Talep Formu ile yapılması gerekir. Bu teminat Ayakta Tedavi Teminatları tanımına uygun olan ve aşağıda başlıklar altında açıklanan giderleri kapsar.

Bu Teminat yurtiçinde geçerlidir.

3.2.1 Doktor Muayene Teminatı

Sigortalının bir kaza veya rahatsızlık ve/veya hastalık nedeniyle tanı ve tedavisi için T.C. Sağlık Bakanlığı'na çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde görevli ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli tıp doktorlarınca yapılacak muayeneler ile ilgili giderleri özel ve genel şartlar dahilinde poliçede belirtilen teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

0-6 yaş rutin çocuk sağlığı muayeneleri poliçede belirtilen teminat limit ve ödeme yüzdesi dahilinde kapsam dahilindedir.

İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10. güne kadar yapılan muayeneler, kontrol muayenesi kabul edilerek fatura edilmiş olsa dahi teminat kapsamında değildir.

Dış doktoru muayene faturaları teminat kapsamı dışındadır.

3.2.2 İlaç Teminatı

Poliçe süresi içinde doktor tarafından sigortalının tedavisi için gerekli görülen ve teminat kapsamında olan reçeteli ilaçlar ile ilgili giderler özel ve genel şartlar dahilinde poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

0-6 yaşındaki çocuklar için Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer alan aşılardan dışı, rotavirüs ile kuduz ve tetanos aşısı bu teminat kapsamındadır.

Türkiye’de bulunmayan ve muadili olmayan, Sağlık Bakanlığı’nın izniyle Türk Eczacılar Birliği tarafından ithal edilen ilaç giderleri, Doktor reçetesi, fatura ve fiyat kupürü ile birlikte belgelenmesi halinde bu teminattan karşılanır.

İlaç giderleri, reçetede her ilaç için en fazla 3 aylık doz olarak ödenir. Sigortalının sürekli kullanması gereken kronik hastalıklarına ilişkin ilaçlar için, doktorun ilaç kullanım süresi raporu ve reçete fotokopisi ile aylık doz şeklinde (en fazla poliçe bitiş tarihine kadar olan kullanım dikkate alınacaktır) poliçede belirtilen limit ve teminat yüzdesi ile özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Reçete yazıldıktan sonra en fazla 1 hafta içerisinde ilaç alımının yapılması gerekmektedir. Bir haftadan sonra alınan ilaçlar teminat kapsamında değildir (bir doktor tarafından sürekli kullanılacağı tıbbi raporla belirtilmiş kronik ilaçlar hariç).

Sağlık Bakanlığı ilaç ruhsatı olmayan ilaç/vitamin/ara ürünler bu teminatın kapsamı dışındadır.

3.2.3 Tahlil -Röntgen Teminatı

Sigorta Sözleşmesinin geçerlilik süresi içerisinde Teminat Kapsamında olan durumlar için doktor tarafından istenmiş, tanı ve şikayetle ilgili olan laboratuvar incelemeleri (kan, idrar tetkikleri gibi) ile röntgen (mamografi ve ilaçlı grafiler dahil), ultrason, doppler ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı yöntemleri giderleri bu teminattan özel ve genel şartlar dahilinde poliçede belirtilen teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

3.2.4 İleri Tanı Yöntemleri Teminatı

Sigorta Sözleşmesinin geçerlilik süresi içerisinde Teminat Kapsamında olan durumlar için doktor tarafından istenmiş; tanı ve şikayetle ilgili olan ileri radyolojik tetkikler (BT, MR, PET, nükleer tıp tetkikleri, sintigrafiler vb.) ile gastroskopi, kolonoskopi, bronkoskopi, sistoskopi ve mediastinoskopi gibi endoskopik girişimsel tetkikler, anjiyografiler (koroner angiografi hariç), polisomnografi, treadmill, eforlu EKG, tanısal amaçlı biyopsiler (beyin, böbrek, kemik iliği, akciğer ve karaciğer biyopsisi küçük müdahaleden değerlendirilir) ve küretaj işlemleri (probe küretaj, fraksiyone küretaj, dilatasyonlu küretaj vb.), tanısal laparoskopik artroskopik, histeroskopik işlemler gibi tanı amaçlı incelemeler ile bu tanı yöntemlerinin uygulanması sırasında kullanılan, ilaç, anestezi ve doktor ücretleri, genel ya da lokal anestezi ile yapılmış olmasına bakılmaksızın özel ve genel şartlar dahilinde poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Bu tetkikler sırasında yapılan tedavi amaçlı girişimler(polip çıkartılması, eksizyonel biyopsiler vb.) küçük müdahale ve/veya ameliyat teminatından karşılanır.

3.2.5 Fizik Tedavi

Poliçe süresi içinde teminat kapsamında olan bir rahatsızlığın tedavisi için fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen ve uygulanan fizik tedavi giderleri, ayakta ve yatarak yapılmasına bakılmaksızın Fizik Tedavi teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Bu teminat poliçe yılı içinde toplam 30 seans ile sınırlıdır.

Teminat kapsamındaki hastalıklar için yapılan puva tedavileri, hiperbarik Oksijen Tedavileri ile ESWT vb. Seans uygulamalı tedaviler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Poliçe üzerinde belirtilen seans limiti yıllık olup, aynı seansta birden çok bölgeye tedavi uygulanması halinde, her bölge ayrı bir seans kabul edilir.

3.2.6 Yardımcı Tıbbi Malzeme

Poliçede bu teminatının bulunması halinde sigortalının sigorta 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 ayakkabı, terlik, bot ve tabanlık, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, kol askısı, eskar simidi, aerochamber, şeker ölçme cihazı, yürütme cihazı, koltuk değneği, şeker ve kan yağı ölçme stikleri ve kartuşları vb ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında, poliçede belirtilen Yardımcı Tıbbi Malzeme teminatı limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.3 Doğum ve Aile Planlaması Teminatı

Doğum ve Aile Planlaması teminatı içeren bir plan alınması halinde geçerlidir.

Doğum ve aile planlaması teminatı 18-50 yaş arası sigortalılar için geçerlidir, poliçede çocuk statüsünde bulunan sigortalılar için geçerli değildir.

Yıllık limitli Doğum ve Aile Planlaması teminatı yurt içinde ve yurt dışında poliçe üzerinde belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir. Limitsiz doğum teminatları sadece yurtiçindeki doğum için özel anlaşmalı kurumlarda geçerlidir.

Doğum ve Aile Planlaması teminatı ile ilgili her türlü sağlık gideri ilk yıl teminat kapsamı dışındadır. Diğer sigorta şirketlerinden Sigortacıya transfer olan poliçelerde de ilk yıl bu teminata ilişkin giderler karşılanmaz.

3.3.1 Doğum (Normal Doğum / Sezaryen ile Doğum)

Sigortalının, normal/sezaryen doğum, düşük, zorunlu tıbbi küretaj ve bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyonlarla ilgili giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dâhilinde bu teminattan karşılanır.

3.3.2 Hamilelik Takibi Teminatı

Sigortalının, hamilelik rutin kontrolleri, lohusalık ve bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyonlarla (amniosentez, anne kanından kromozom tayini (Prenatal Tanı), rhogam bu teminat kapsamında değerlendirilir.) ilgili giderler poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde bu teminattan karşılanır.

Yeni doğan bebeklerin , doğum sonrasında hastanede kaldıkları süre boyunca oluşan yeni doğan rutin masrafları annenin Hamilelik Takibi teminatı kapsamında karşılanır.

3.3.3 Aile Planlaması

Sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri (vazektomi ve tüp ligasyonu), tedavi amaçlı veya kontrol yöntemi olarak uygulanan RIA, Hamilelik Takibi teminatının %20 sine kadar ödeme kapsamındadır.

3.3.4 Limitsiz Doğum Paketi:

Poliçede limitsiz doğum paketinin bulunması durumunda sadece doğum eylemi, doğum için özel anlaşmalı olan sağlık kurumlarında kadrolu uzman doktor dahilinde limitsiz olarak geçerlidir. Uzman doktor dışında, profesör ve doçent fark ücreti sigortalı payıdır. Limitsiz doğum paketi kapsamında anlaşmasız doktor için ödenecek tutar limitsiz doğum paketindeki anlaşmalı uzman doktor ücreti ile sınırlıdır.

Doğum ve hamilelik komplikasyonları (tıbbi tahliye, preeklampsi, düşük tehdidi, hiperemesis, nedeni ile yapılan yatışlar, vb.) ile limitsiz doğum için özel anlaşmalı kurumlar dışında yapılan doğum eylemi ve doğum ile ilgili tüm giderler poliçede belirtilen yıllık Doğum (Normal Doğum/Sezaryen ile Doğum) limiti kapsamında değerlendirilir.

Hamilelikle ilgili rutin kontroller ve komplikasyonlar anlaşmalı-anlaşmasız kurum ayrımı olmaksızın poliçede belirtilen yıllık limit ve sigortalı katılım payı dahilinde ödenir.

Limitsiz doğum paketi kapsamında yeni doğan bebeklerin, doğum sonrasında hastanede kaldıkları süre boyunca oluşan yeni doğan rutin masrafları annenin Hamilelik Takibi teminatı kapsamında karşılanır.

Limitsiz doğum için özel anlaşmalı sağlık kurumlarına www.turkiyesigorta.com.tr ulaşılabilir.

3.4 Yurt Dışı Teminatı

3.4.1 Yurt Dışı Yatarak Tedavi

Poliçesinde bu teminata sahip sigortalının kendi isteğiyle veya acil durumlarda yurt dışında oluşabilecek, Ameliyat, Yoğun Bakım, Dahili Yatış, Kemoterapi - Radyoterapi -Diyaliz , suni uzuv ile ilgili giderleri Yurt Dışı Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Hastanede yatarak tedavi esnasında, görülen tedaviye ilişkin, operatör doktor ücretleri, hastane hizmetleri (ameliyathane, anestezi, ilaç, laboratuvar, patoloji tetkikleri, radyolojik inceleme ve görüntüleme tetkikleri), yatak yemek, refakatçi ve diğer zorunlu tıbbi hizmetler poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Ambulans giderleri kapsam dışıdır.

Bu teminat Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sınırları dışında geçerlidir.

3.5 Diğer Teminatlar

3.5.1 Check- Up

Poliçesinde bu teminata sahip, poliçe başlangıç tarihinde 18 yaş ve üzeri sigortalılar için tıbbi bir talep olmaksızın içeriği sigortacı tarafından belirlenen Check-Up Anlaşmalı Kurumlarında yılda bir defa olmak üzere geçerlidir.

3.5.2 Kontrol Mamografi

Poliçesinde bu teminata sahip; poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü sigortalı kadınların kontrol amaçlı, tıbbi bir talep olmaksızın çekti oldukları mamografiye ait giderler, sigortacının bu hizmet için belirlediği Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda yaptırılması koşulu ile yılda bir kez poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.5.3 Kontrol PSA Tetkikleri

Poliçesinde bu teminata sahip, poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü sigortalı erkeklerin kontrol amaçlı, tıbbi bir talep olmaksızın yaptırdıkları total PSA giderleri, sigortacının bu hizmet için belirlediği Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda yaptırılması koşulu ile yılda bir kez poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

4 BEKLEME SÜRELERİ

Teminat dışı kalan haller 1. ve 2. maddesinde yer alan tüm şartların saklı kalması koşulu ile poliçe süresi içerisinde ortaya çıkan aşağıda belirtilen durumlar ile ilgili, yatarak tedavi, küçük müdahale, fizik tedavi, doğum ve rutin kontrol giderleri için poliçe başlangıç tarihi itibarıyla 12 ay bekleme süresi uygulanır.

Kalp ve Kanser için bekleme süresi yoktur.

- 1- Paranasal sinüs hastalıkları, bademcik, genizeti, kulak zarı ve kulak kemiği hastalıkları
- 2- Katarakt, Glokom, Retina, Kornea ve Göz Kapağı Hastalıkları (akut enfeksiyonlar hariç)
- 3- Tiroit ve paratiroid bezi rahatsızlıkları,
- 4- Astım, KOAH, Kronik Bronşit, Pnömotoraks, Akciğer Apsesi ve Kisti, Sarkoidoz vb. kronik akciğer rahatsızlıkları,
- 5- Meme hastalıkları,
- 6- Karaciğer(Hepatit B ve C dahil), Safra Kesesi ve Safra yolları, Dalak, Pankreas ve Yemek Borusu, Mide ve Duodenum rahatsızlıkları vb.,
- 7- Böbrek ve Üriner Sistem ameliyatları ve taşlı hastalıkları, Hidronefroz, İdrar Yolları genişlemesi ve darlıkları, Böbrek Yetmezliği, Mesane, Üreter ve Prostat hastalıkları,
- 8- Damar hastalıkları (Kalp damar hariç)
- 9- Hipertansiyon ve Diyabet (Şeker) hastalıkları,
- 10- İnflamatuar Barsak rahatsızlıkları (Ülseratif Kolit ve Crohn), Barsak Divertikülleri, Hemoroid, Anal Apse, Anal Fissür ve Fistül, Pilonidal Sinüs (Kıl Dönmesi) vb. anorektal hastalıklar,
- 11- İç organ fıtıkları (göbek, mide, diyafram ve kasık fıtıkları vb),
- 12- Omur ve disk hastalıkları (disk hernileri, faset denervasyonu, sinir blokajı vb. ve degeneratif disk rahatsızlıkları vb), Karpal Tünel Sendromu, Tarsal Tünel Sendromu, Kistik Hiyroma, Tuzak Nöropatiler, tetik parmak vb hastalıklar,
- 13- Eklem ve bağ doku hastalıkları (menisküs, bağ lezyonları, omuz, diz, dirsek, bilekteki bağ hastalıkları vb.), Multiple Skleroz (MS), Romatizmal hastalıklar(Romatoid artrit, SLE, ankilozan spondilit vb)
- 14- Varikosel , Hidrosel, Sistolrektosel vb.
- 15- Rahim , yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar(myom, over kisti, endometriozis vb)
- 16- Doğum ve aile planlaması teminatı kapsamındaki tüm giderler
- 17- Her türlü hiperplazi, tümör, kist, polip, lipom, nevüs, verrü, nodül gibi (Malign olanlar hariç)
- 18- Organ nakilleri (kaza sonucu hariç)

5 TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumların tanı, tedavi, kontrol, nüks ve komplikasyonları ile ilgili tüm sağlık giderleri poliçe teminatları kapsamı dışındadır.

1. Sigorta başlangıç tarihi öncesi bilinen, fark edilen, tanısı konan, bilindiği halde beyan edilmeyen, tanısı konulsun ya da konulmasın başlangıcı sigortalılık öncesine dayandığı sonradan belirlenen her türlü hastalık, sakatlık, rahatsızlıklar ile ilgili tüm sağlık giderleri,
2. İlk tanısını ileri yaşta almış olsa bile Doğuştan gelen (Kongenital) anomali (Türkiye Bebekleri için doğuştan gelen hastalıklar kapsam içerisindedir) ve hastalıklar (ilk muayene gideri hariç), genetik rahatsızlık ve genetik tetkikler, çölyak ile bunlar ile ilgili her türlü araştırma, tarama, tetkik ve tedavi giderleri; oluşum nedenine bakılmaksızın 7 yaş altı çocuklardaki tüm kasık ve göbek fıtıkları, kordon kisti, hidrosel, 3 yaşına kadar oluşan lakrimal kanal tıkanıklıkları, infantil pilor stenozu, infantil katarakt, hemanjiyomlar, pes planus (düz tabanlık), Türkiye bebeklerin doğuştan gelen hastalıkları ile 2. maddede belirtilen hastalıklardan tüm kasık ve göbek fıtıkları, kordon kisti, hidrosel, lakrimal kanal tıkanıklıkları, infantil pilor stenozu ve infantil katarakt ile ilgili giderleri kapsam içerisindedir.
3. Prematüre bebek tedavisi, kuvöz bakım giderleri ile motor mental gelişim bozuklukları, gelişimsel ve yapısal bozukluklar, büyüme ve gelişme bozuklukları, 11 yaş altı çocuklarda hirsutizm, erken ve geç ergenlik ile ilgili tüm sağlık giderleri,
4. Kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kan bankası kira giderleri, süt dişi saklanması;
5. Kilo kontrol bozuklukları (obezite ve anoreksia), zayıflamaya yönelik işlemler (liposuction, manuel tedavi, LPG ve lazerli selülit tedavileri vb.), antidiabetik ilaçların obezite tedavisinde kullanımı
6. AIDS ve AIDS' e bağlı rahatsızlıklar ile HIV' in neden olduğu diğer hastalıklar ile ilgili her türlü gider,
7. Ruh ve akıl hastalıkları, psikososyal bozukluklar (gece işemeleri vb), ile psikosomatik rahatsızlıklar; psikiyatrik muayene, psikolog ve pedagog danışmanlık ücretleri, psikoterapi, psikolojik tanı ve zekâ testleri, antidepresan, uyku problemi nedeniyle kullanılan ilaçlar, anksiyolitik, nöroleptik ve antipsikotik etkili ilaçlar, psikiyatrik ilaç kullanımı ve buna bağlı gelişen durumlar ile ilgili tüm giderler,
8. Geriatrik Hastalıklar, Demans Hastalıkları, uzun süreli bakım sağlayan sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, rehabilitasyon merkezlerindeki hizmet ve tedavi giderleri
9. Alkolizm, alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halusinogen madde bağımlılıkları ile bunların kötüye kullanımı sonucunda oluşan rahatsızlıklar, yoksunluk sendromu ve bu maddelerin kullanımı sırasında ve/veya bu maddelerin etkisi altında oluşan kazalar ve rahatsızlıklarla ilgili tüm tanı ve tedavi giderleri,
10. Sigara, nikotin, alkol ve benzeri bağımlılık yapan maddelerden arındırma tedavi ve araçları (nikotin bantları, çiğneme tabletleri, antabus, zyban vb) ile ilgili tüm giderler,
11. Tüm alternatif ve tamamlayıcı tedaviler (akupunktur, homeopati, hidroterapi, ayurveda, mezoterapi, magnetoterapi, nöral terapi, reiki, ozon tedavisi, şifalı su ve kaplıcalar, termal tesisler - bu merkezlerde yapılan fizik tedavi ve muayene giderleri dahil , hipnoz vb.)
12. Tehlikeli sporların (her türlü amatör havacılık, delta kanat ,planör, paraşüt, parasailing, yamaç paraşütü, bungee jumping, dağcılık, binicilik, su altı sporları, tüplü dalış, go-card, dövüş sporları, rafting, kayak, buz pateni, vücut geliştirme vb.) yapılması sırasında oluşabilecek tüm sağlık giderleri. Motosiklet kullanımı/kazaları sonucu oluşabilecek giderler (Yolcu olma durumu dahil). Lisanslı veya lisanssız yapılmasına bakılmaksızın tüm otomobil ve motosiklet v.b gibi pist yarışları dahil olmak üzere her türlü lisanslı spor müsabakası ve/veya antrenmanı sırasında oluşan sporculara ait sağlık masrafları ile ehliyetsiz her türlü araç kullanımı sonucu oluşabilecek kazalara ilişkin sağlık giderleri poliçe kapsamı dışındadır. Ulaşım amaçlı ve ehliyetli olmak kaydı ile motosiklet kazalarına ilişkin giderler ile kayak sonucu oluşabilecek hastalık, sakatlık vb durumların tetkik tedavi ve komplikasyonları yıllık 3.000 TL limit ile kapsam dahilindedir.
13. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişim ,anti aging ve medikal estetik uygulamaları, estetik amaçlı plastik cerrahi (poliçe döneminde oluşan kazaya bağlı durumlar hariç) tedavileri ve uygulamaları, jinekomasti,telengiyehtazi, cilt hemanjiyomları, vitiligo, skar, keloid, ksantelasma,

skin tags, yüzeysel varis tedavisi (skleroterapi vb), kimyasal blokaj; kırılma kusuru tetkik, tedavi (myopi,excimer laser vb)ve malzemeler (multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) ile müdahale öncesi ve sonrasında kullanılan ilaçlar ve yapılan tetkikler pakimetri vb-dahil; şaşılık, görme tembelliği, keratokonus, göz kayması, ses ve konuşma terapileri, aroma terapi, masaj, derinin kurumasını ve terlemesini önleyen tüm tanı ve tedaviler, cilt bakımı ve cilt lekeleri tedavisi, çamur banyoları, şifa kürleri,her tip alopesi ve saç dökülmesi ile ilgili tüm işlemler, saç dökülmesine yönelik tüm bakım giderleri (her türlü şampuan, losyon ve sabunlar, kozmetik krem ve serumlar), tedavi ve ilaç giderleri, Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp merkezleri, Anti Aging Merkezleri, diyet ve zayıflama merkezleri, sağlıklı yaşam koçluğu merkezleri,ayak bakım merkezleri, spor merkezleri, jimnastik salonları, estetik güzellik ve lazer merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri ile lens ve optik merkezlerinde yapılan muayene giderleri, metabolik sendrom tanısıyla ilgili her türlü muayene, tetkik ve tedavi giderleri ile bu tedavilerden doğacak her türlü komplikasyonlara ait giderler, yürüme analizi ile ilgili tüm giderler

14. Koruyucu hekimlik hizmetleri, belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmadan veya tarama amaçlı yapılan tüm işlem giderleri (check-up, aşılama kontrol testleri, kanser markerları) Araştırma ve Deneysel Amaçlı Tanı ve Tedaviler (Amerikan gıda ve ilaç dairesi ("FDA "), tıp fakülteleri ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı) birisi tarafından kabul görmüş olmayan, deneysel aşamada olduğu kabul edilen, bilimselliği henüz kanıtlanmamış tüm tanı-tedavi, ilaç ve malzeme giderleri, Yatış Gerektirmeyen Hastane Hizmetleri, Ayakta tedavi katılım payı faturaları, süreli işyeri ve çalışan taramaları, doktorların talep etmiş oldukları kendi uzmanlık alanıyla ilintili olmayan tetkik ve tedavi bedelleri, bir tıp doktoru tarafından yapılmayan tetkik ve tedaviler ile ilgili tüm giderler, kontrol amaçlı yapılan EBT (Electron Beam Tomografi), VCT (Volumetric Computed Tomography) ve kalsiyum skorlama tetkik bedelleri, sanal kolonoskopi, sanal endoskopi, kapsül endoskopi, sanal endoskopi, sanal anjio ve buna benzer tarama amaçlı tetkikler, voiding sistoüretrografi, robotik cerrahi cihaz kullanım bedeli ile bu yöntemle özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri, beyin operasyonları dışında kullanılan navigasyon bedeli,

15. Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'nde ve Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı (HUV)'nda yer almayan her türlü işlem, girişim ve tedavi yöntemleri,

16. Diş ve çene cerrahisi ile ilgili tüm tanı ve tedavi giderleri (muayene, ilaç, röntgen, diş ve dişeti ameliyatları, diş implantasyonu, periodontoloji, brüksizm, gece plağı, ortodonti, pedodonti ve bunlara bağlı tüm işlem ve tedaviler, detertraj ve estetik diş uygulamaları, protez, kaplama, dolgu ve çekim vb. giderler ile diş doktoru ve çene cerrahlarının yaptığı tetkik ve tedaviye yönelik tüm giderler),

17. Uyku bozuklukları (uyku apnesi dahil) ve horlama ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler ile uyku apnesi cihazları (CPAP ve uyku odası, kalibrasyon giderleri dahil),

18. Septum Deviasyonu, Konka Hatalıkları/Bozuklukları (Konka Hipertrofisi, Konka Bulloza vb.), Nazal Valv cerrahisi, ısıtma cihazı uygulamaya yönelik tüm girişimler ile koklear implant giderleri, (Sigortacıda Özel Sağlık ürününde kesintisiz 5 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış sigortalıların Sigortacı poliçe başlangıç tarihi sonrası tanısı konulan Nazal Septum Deviasyonu ve Konka Hastalıklarına ait sağlık giderleri poliçe limit ve teminatları dahilinde özel anlaşmalı kurumlarda karşılanır.)

19. İnfertilite ile ilgili tüm işlemler (tüp bebek, spermiogram, follikül takibi, histerosalpingografi-HSG, yapay döllenme, tuboplasti, mikroenjeksiyon vb), adhezyolizis, AMH Testi (Anti-Müllerian Hormon), tıbbi endikasyonu olmayan her türlü küretaj, düşük araştırması ile ilgili tüm giderler,sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri (RİA, vazektomi,tüp ligasyonu) ile ilgili tüm giderler (doğum teminatı olan sigortalılar için , RİA, vasektomi,tüp ligasyonu giderleri hamilelik takibi teminatının %20 sine kadar ödeme kapsamındadır), diğer doğum kontrol yöntemleri (hangi nedenle verilirse verilsin tüm doğum kontrol hapları, kondom,derialtı ve enjektabl hormon uygulamaları vb)ile ilgili giderler, iktidarsızlık, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili

tüm tetkik ve tedavi giderleri, peyronie ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil), cinsiyet değiştirme operasyonları ve her türlü sünnet (fimozis dahil) ile ilgili tüm giderler,

20. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrol, tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri(frengi, bel soğukluğu, kasık granülomu, genital herpes ve genital siğiller, kondiloma, genital ve anal molluscum contagiosum vb),

21. Her türlü allerji testi ve tedavisi ile allerji aşlarına ilişkin giderler malzemeler

22. 0-6 yaşındaki çocuklar için Sağlık Bakanlığı rutin koruyucu çocukluk çağı aşı takviminde yer alan aşilar (suçiçeği, hepatit A vb.) ile rotavirüs, kuduz ve tetanos dışındaki tüm aşilar,

23. Ülkemizde ve/veya diğer ülkelerde ortaya çıkan, resmen ilan edilsin veya edilmesin, bölgesel (endemik), ülke genelinde (epidemi) veya ülkelerarası (pandemi) ortaya çıkan salgın hastalıkların tanı, ayırıcı tanı/tedavi/kontrol/komplikasyon ve koruyucu sağlık hizmetleri (aşılama ve buna bağlı komplikasyon dahil); karantina kapsamına giren hastalıklar ve durumlar; biyolojik savaşa konu olan hastalıklar; DSÖ tarafından alarm verilen hastalıklarla ilgili her türlü teşhis tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri (DSÖ, Sağlık Bakanlığı ve yerel yönetimlerin tavsiye ettiği aşı ve tedavi yöntemlerini uygun hareket etmiş ve Pandemi Hastanesi'nde Covid-19 tanısı almış (test pozitif) kişilerde, covid 19 ile ilgili muayene ve tetkik giderleri (PCR, antikor testleri, ve kart testi hariç) ile hastanede yatışı gerektiren giderler poliçe teminat limitleri ve iştirak oranları dâhilinde değerlendirilecektir) (09092020)

24. Sigortacı tarafından henüz ödeme uygunluğu onayı verilmemiş, poliçe başlangıç tarihinden sonra piyasaya yeni çıkan aşı ve ilaç giderleri ile ülkede yeni uygulanmaya başlayan tanı ve tedavi yöntemleri giderleri

25. Organ nakli ve kan transfüzyonu ile ilgili verici giderleri, organ bedelleri ve organın saklanması, taşınması ile ilgili tüm giderler,

26. Sigortalının Silahlı Kuvvetler bünyesinde görev alması süresinde ortaya çıkan hastalık, yaralanma ve/veya maluliyetlerin tanı ve tedavisi ile ilgili tüm giderler,

27. Tıbbi sertifika ve sağlık raporu, havuz ve sporcu raporları, sürücü belgesi ve evlilik hazırlıkları sırasında istenen raporlar ve bunların hazırlanması ile ilgili tüm giderler

28. Özel hemşirelik giderleri, süit oda farkı, kafeterya ve telefon vb. giderleri ile tedavi için gerekli olmayan tüm paramedikal giderler,

29. Sigortalının tazminat ve risk değerlendirmeleri sırasında sigortacı tarafından istenen belgelerin hazırlanması, ulaşım ve posta giderleri ile yurtdışından getirilen ilaç ve malzemelerin gümrük giderleri, yabancı dilde yazılmış tetkik ve raporların çeviri bedelleri,

30. Meslek hastalıkları, iş kazaları, üçüncü şahıs ödeme sorumluluğunda olan sağlık giderleri, ehliyetsiz araç kullanımı sırasında oluşan kazalar,

31. Böbrek ve safra kesesi gibi organ taşları analiz giderleri,

32. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış (ilaç ruhsatı olmayan) ilaç giderleri,

33. Skolyoz, Kifoz, Lordoz vb tüm omurga eğrilikleri, Halluks Valgus, Halluks Rigidus ile ilgili tüm giderler,

34. Epilepsi, Alzheimer ve Parkinson rahatsızlıkları ile ilgili tüm giderler,

35. Sigortalıyla kan bağı ve/veya sıhri akrabalık bağı olan doktorların yaptığı tüm sağlık hizmetleri ile doktorların kendi kendilerine yazdığı ilaç, uyguladığı tüm tetkik ve tedaviler,

36. Beyin-Damar Arteriovenöz Malformasyonları,

37. PRP ve Kondromemran uygulamaları, bu işlemlere ait sarf malzeme giderleri

38. Poliçe ve/veya sertifika üzerinde belirtilen kişiye özel kapsam dışı hastalık ve rahatsızlıklara ilişkin tüm sağlık giderleri ile poliçe ve/veya ekindeki sertifikada belirtilmeyen teminatlara ilişkin sağlık giderleri, kapsam dışıdır.

39. "Sigortacının kurumsal internet sitesinde veya mobil uygulamada belirtilen "Geri Ödeme Alınmayacak Kurumlar" adımı altında bulunan kurumlara ve/veya kişilere ait her türlü sağlık giderleri kapsam dışıdır.

40. 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) Genel Şartların 2. maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

6 COĞRAFİ KAPSAM

Bu poliçenin teminatları Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir. Yurtdışında da geçerli olan teminatlar Madde 3 de Teminatlar bölümünde belirtilmiştir.

7 TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Anlaşmalı kurum listesinde yer alan bir sağlık kurumuna başvurulması halinde resmi kimlik belgesinin ibrazı ile poliçe Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Sağlık Sigortası Sigorta Özel Şartları, teminat limitleri ve iştirak oranları dâhilinde sağlık hizmeti alınabilir. Sigortalılar poliçe teminat limiti ve kapsamı dışındaki giderler ile iştirak oranı ve teminat limitini aşan giderleri karşılamakla yükümlüdürler. Sigortalının bu listede değişiklik yapma hakkı saklıdır.

Tüm devlet hastaneleri ve tıp fakültelerinin araştırma hastaneleri anlaşmalı sağlık kuruluşu olarak kabul edilir.

Sigortalının Kabul Edilebilir tazminatlarının, bu Sigorta Sözleşmesi yürürlükteyken gerçekleşmiş olması gerekir.

Sigortalının hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parası bu poliçenin teminatları kapsamında değildir.

7.1 Yatarak Tedavi Teminatına İlişkin Uygulamalar

Madde 3.1' de, Yatarak Tedavi Teminatı tanımında belirtilen Ameliyat, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Dahili Yatış, Yoğun Bakım, Ambulans, Evde Tıbbi Bakım, Kemoterapi - Radyoterapi - Diyaliz, Küçük Müdahale, Suni Uzuv ile hastanede en az 24 saat yatış gerektiren medikal tedaviler için geçerlidir.

Sigortacı tarafından onaylanan ve bu poliçe teminatlarının geçerli olduğu anlaşmalı veya anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen yatarak tedavi sağlık giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Anlaşmalı veya anlaşmasız kurumlarda anlaşmasız doktor tarafından yapılan işlemlerde, doktora ödenecek ücret TTB/HUV Asgari Ücret tarifesinin poliçe üzerinde belirtilen katı kadar karşılanır.

Sigortalının bir poliçe yılı içerisinde hastanede Yıllık Yatış Gün Sayısı 180 gün ile sınırlıdır. Her poliçe döneminde normal odada yatılan her gün 1 yatış günü olarak, yoğun bakımda yatılan her gün ise 2 yatış günü olarak hesaplanır ve Yıllık Yatış Gün Sayısı Limitinden düşülür.

Bir poliçe yılı içerisinde Yıllık Yatış Gün Sayısı Limiti dolan sigortalının “Yatarak Tedavi Teminatı” Yenileme Tarihine kadar sona erer. Sigortalının yaşamı boyunca yararlanabileceği toplam yatış gün sayısı ise 720 gün ile sınırlıdır. Toplam Yatış Gün Sayısı Limiti dolan sigortalının teminatları gün limiti dolduğunda sona erer ve yeniden teminat verilmez.

Sigortalının bir poliçe yılı içerisindeki Yoğun Bakım Teminatı 90 gün ile sınırlıdır.

7.2 Ayakta Tedavi Teminatına İlişkin Uygulamalar

Madde 3.2’ de, Ayakta Tedavi Teminatı tanımında belirtilen doktor muayene, ilaç, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri ve fizik tedavi işlemleri için geçerlidir.

Ayakta Tedavi Teminatı isteğe bağlı olarak yatarak tedavi teminatı ile birlikte alınabilir.

Yatış endikasyonu olmadan; tetkik amaçlı hastane yatışları sırasında yapılan muayene ve tanısal işlemler Ayakta Tedavi teminatından karşılanır. Ancak bu yatışlarla ilgili oda yemek ve refakatçi giderleri ödenmez.

7.3 Yurt Dışı Tedavi giderlerine İlişkin Uygulamalar

Yurt dışında geçerli olan teminatlar için, bu poliçe dönemi içerisinde, sürekli yatarak tedavi görme hali hariç yurtdışında kesintisiz olarak üç aydan fazla ikamet eden Sigortalıların Teminatları, yurtdışında kaldığı üçüncü aydan sonra durur. Teminatların durduğu dönem içerisinde yurtdışında oluşacak tedavi masrafları için Sigortacı tazminat ödemez. Sigortalının Sigorta Sözleşmesinin Bitiş Tarihinden önce Türkiye gümrüğünden giriş yapmasının ardından Teminatları yeniden başlar.

7.4 Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına İlişkin Uygulamalar

Sağlık sigorta poliçesinin, hangi anlaşmalı sağlık kurumlarında, hangi şartlar ile geçerli olduğu poliçede belirtilmektedir.

Anlaşmalı sağlık kurumu değişiklikleri ve güncel anlaşmalı sağlık kurumları listesi www.turkiyesigorta.com.tr adresinden öğrenilebilir.

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleştirilen sağlık giderlerine provizyon verilerek, anlaşmalı sağlık kurumuna doğrudan ödenir. Sigortalılar poliçe teminat limiti ve kapsamı dışındaki giderleri anlaşmalı sağlık kurumuna ödemekle yükümlüdürler.

Sigortacı; Anlaşmalı Sağlık kurumlarında poliçe dönemi içinde değişiklik yapma hakkına sahiptir.

Kamuya ait resmi sağlık kurumları ve Üniversite Hastaneleri de anlaşmalı sağlık kurumu kapsamında kabul edilir. Ancak kamuya ait sağlık kurumlarına doğrudan ödeme yapılmaz.

7.5 Sigorta Süresinin Sona Ermesinden Sonraki Tedaviler

Poliçe bitiş tarihinden önce hastanede yatarak tedavi teminatı kapsamındaki tedaviler sırasında poliçenin sona ermesi ve yenilenmemesi durumunda, poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 gün süre ile poliçe kapsamında değerlendirilir.

8 TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigortalının; Anlaşmalı veya Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık giderlerinin değerlendirilebilmesi ve ödenebilmesi için aşağıda belirtilen bilgi ve belgeleri Fatura Aslı ile birlikte sigortacıya iletmesi gereklidir.

Sigortalı Anlaşmasız Sağlık Kurumunda gerçekleştirdiği tedavilere ilişkin tazminat talebinin karşılanabilmesi için; fatura ve ilgili belgelerini Sağlık Gideri Teslim / Talep Formu ekinde sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

8.1 Tazminat Talebinde Sigortacı Tarafından İstenen Belgeler

8.1.1 Yatarak Tedavi Teminatı Giderleri

Anlaşmalı kurumlarda yapılan tıbbi tedavi ve planlanan operasyonlarla ilgili yatış yapılmadan önce yatış onay formu doldurularak şirkete inceleme için 48 saat önceden iletilmelidir.

Yatış ve tedavi nedenini doktor görüşü ve tedavinin konusuna ilişkin tetkik sonuçları

Tedavi planı ve uygulama raporu

Ameliyat ve girişim raporları

Patoloji tetkik sonuçları

Epikriz (çıkış özeti)

Dökümlü kurum faturaları

Adli vakalarda, tutulan resmi tutanak ve adli raporlar, trafik kazası tespit tutanağı, alkol raporu vb

Hastaneden çıkış aşamasında dökümlü ön fatura bilgileri ve istenen tıbbi raporlar sigortalı taburcu olmadan en az İki (2) saat öncesinde şirkete iletilmelidir.

8.1.2 Küçük Müdahale Teminatı Giderleri;

Yatış nedenini gösterir müşahade raporu

Girişim doktor raporu

Patoloji sonucu

Epikriz

Dökümlü fatura

8.1.3 Doktor Muayene ve İlaç Teminatı Giderleri;

Doktor serbest meslek makbuzu ya da fatura

Doktor branşını gösterir kaşeli ve imzalı reçete aslı

İlaç giderini gösterir eczane kasa fişi ya da faturası

İlaç isim ve fiyatlarının görünür şekilde olduğu ilaç kupürleri

Tanı belirtir doktor raporu ya da tanının üzerinde belirtildiği reçete örneği

Sürekli kullanılan ilaçlar için kurul / doktor raporu

8.1.4 İleri Tanı Yöntemleri Teminatı Giderleri;

Doktor istem kâğıdı

Şikayet, tanı belirtir doktor raporu

Fatura

Tetkik sonuçlarının raporları

8.1.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Giderleri;

Tedavi nedeni, içeriği ve seans sayısı ile ilgili doktor raporu
Tedaviye konu rahatsızlık ile ilgili tetkik raporları
Sigortalı tarafından imzalanmış fizik tedavi seans dökümü ve sonuç raporu
Dökümlü fatura

8.1.6 Doğum ve Aile Planlaması teminatı Giderleri ;

Doğum Belgesi ve doktor raporu
Dökümlü fatura
Ameliyat raporu ve epikriz

8.1.7 Yurt Dışı Tedavi Giderleri

Yukarıda belirtilen bilgi/belgelere ek olarak Yurt dışı Tedavi giderlerinin değerlendirilebilmesi için;
Yurt dışında yapılan tedavi giderlerine ait faturalar, rapor ve tetkik sonuçlarının İngilizce dışında bir dilde ise yeminli tercüman onaylı Türkçe tercümeleri(çeviri ücreti sigortalıya aittir.)
Yurt dışı tedaviye ait ödemeler kredi kartı ile yapılmış ise , kredi kartından ödendiğini gösteren slip ya da hesap özeti,
Sigortalının ülkeye giriş-çıkış tarihlerini gösteren pasaport fotokopisi,

Gereklidir. Yurt dışında geçerli olan teminatların kapsamında yer alan sağlık harcamalarına ait faturalar tedavinin bitiş tarihindeki T.C. Merkez Bankası Efektif Satış Kuru üzerinden Türk Lirası olarak (ilgili Ülke para biriminin T.C.M.B. karşılığının olmaması durumunda ABD para birimi karşılığı çapraz kuru üzerinden Türk Lirası olarak) hesaplanıp, poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

8.2 Tazminat Ödeme Süresi:

Sigortalı faturasının poliçe şartlarına uygun olan kısmına ait ödeme 8.1 de belirtilen tüm evrakların eksiksiz olması durumunda, Başvuru Formunda beyan edilen Banka hesabına en geç 7 iş günü içinde ödenir. Beyan edilen banka hesabının değişmesi ve/veya kapanması durumunda yeni hesap numarasının Sağlık Gideri Teslim/ Talep Formuna yazılarak sigortacıya bildirilmesi gereklidir.

8.3 Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Aktarımı:

Sigorta şirketi, sağlık sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında sigortalılardan almış olduğu her türlü bilgiyi (tazminat, teminat detayları, kişisel bilgiler vb.) yasal mevzuat gereğince Sigorta bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumuna ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi bu bilgileri resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmektedir.

8.4 Halefiyet Prensibi(Hakların Devri):

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya(hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, sigorta temel prensiplerinden biri olan “Halefiyet Prensibi” doğrultusunda Sigortacı ilgili mevzuat gereğince sigortalı yerine geçerek, zarara neden olan kişi veya kurumdan, zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanılabilmesi için sigortalı, Sigortacı her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür.

8.5 İstirdat Hakkı (Geri Alma Hakkı):

Sigortacının, sigortalı adına Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına veya sigortalıların hesabına ödediği ancak poliçe özel ve genel şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi doğrudan sigortalılardan talep etme hakkı bulunmaktadır.

Sigortalıların ve/veya tedaviyi düzenleyen sağlık kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. Sigortacının söz konusu ödemeye ilişkin e-provizyon ve ön onay vermiş olması; haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

9 SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE SÖZLEŞMEDE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ

9.1 Beyan ve İhbar Yükümlülüğü

Sigortacı, sigorta kapsamına dâhil olacak kişileri Başvuru formunda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. Sigortalı Başvuru formunda kendisine sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksik ise Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uygulanır.

Sigortacının, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri, sigorta ettiren/sigortalının başvuru formunda beyan ettiği tüm bilgilere istinaden risk değerlendirmesi yaparak başvuruyu standart şartlarla ya da ek şart (ek prim, istisna, limit, katılım vb.) uygulayarak kabul etme veya reddetme hakkı bulunmaktadır.(Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan sigortalılardan yenileme dönemlerinde ürün/plan değişikliği talep edilmediği sürece sağlık beyanı alınmaz)

Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuatta belirtilen beyan ve ihbar yükümlülüğünün yanı sıra sigortacı, alınan başvuru formuna ek olarak, sigorta kapsamını ilgilendiren bütün konularda doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi almak gerektiğinde Sağlık Sigortalı Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAGMER) den bilgi alma ya da SAGMER'e bilgi verme hakkına sahiptir.

9.2 Yenileme Süresi ve Plan Değişikliği

Sigortalının kazanılmış haklarının kesintisiz devam etmesi için, sigorta Ettirenin/Sigortalının mevcut olan Sigorta Sözleşmesinin Bitiş Tarihinden önce en erken 30 gün veya Bitiş Tarihinden itibaren en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yaptırmak için Sigortacıya başvurması gerekmektedir. Bu süre Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış olan sigortalılar için de geçerlidir. Poliçenin bu süre içinde yenilenmemesi halinde yenilemeye ait kazanılmış haklar kaybedilir ve yeni poliçe ancak yeni iş olarak ve risk değerlendirmesi yapılarak tanzim edilebilir.

Sağlık durumu ve/veya yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacının yenileme garantisi almamış sigortalılarda başvuruyu ret etme, şartlı kabuller (limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) uygulayarak kabul etme hakkı saklıdır.

Sigorta Ettiren / Sigortalının; yenileme döneminde ürün/plan değişikliği talep etmesi halinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsun olmasın, sigortacının risk değerlendirmesi yapma hakkı vardır.

9.3 Sözleşme ve Prim Değişikliği

Sigortacı tarafından poliçe özel şartlarında, bekleme sürelerinde, teminat dışı kalan hallerde, teminatlarda, teminat limitlerinde, sigorta primlerinde, tazminatsızlık indirimi ve tazminat ek primi oranlarında değişiklik yapılabilir. Bu değişiklikler her bir sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur.

Devam eden poliçeler için tanzim edildiği tarihteki şartlar geçerlidir, poliçe yılı içinde ürün/plan değişikliği yapılamaz.

9.4 Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesinin yapılabilmesi için;

Değerlendirme yılında sigortalı yaşının 55 ve altında olması,
Türkiye Sigorta A.Ş.'de 36 ay kesintisiz poliçenin devam etmesi,
Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmesine engel bir sağlık riskinin olmaması
01/07/2025 öncesi Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirme kriterleri kapsamında
yaş/sağlık riskinin tespit edilmemiş olması

durumunda Sigortacı tarafından belirlenecek şartlar dâhilinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı kazanırlar. Türkiye Sigorta A.Ş. giriş tarihi 01.07.2025 öncesi olan, 0-18 (18 dahil) arası yaş olan sigortalılar için poliçenin kesintisiz devam etmesi gereken süre 24 aydır.

Bu koşulları yerine getiren sigortalılara sağlık durumu ile ilgili risk değerlendirmesi yapılır, sigortacı, sigortalının sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla tıbbi tetkikler isteyebilir. Tıbbi tetkiklerle ilgili giderlerden sigortacı sorumlu değildir. Bu değerlendirme sonucunda sigortacı şartlı (hastalık ek primi, hastalık istisnası, limiti / katılım payı oranı uygulayarak) veya standart özel şartlarla Ömür Boyu Yenileme Garantisi verebilir.

Yenileme garantisinin verilmesi durumunda garantinin hangi şartlarla verildiği poliçenin ön yüzüne yazılır.

Sigortacı, Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildikten sonra ortaya çıkan sağlık riskleri için istisna, muafiyet ve risk ek primi uygulayamaz, limitleri değiştiremez. Yenileme garantisi, mevcut olan plan ve teminat yapısına verilmiş anlamına gelir. Plan ve teminat değişikliği yapılmak istenirse risk analizi yapılarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı, istenen yeni plan için tekrar değerlendirilir. Yenilenen poliçeler için Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin alındığı tarihteki özel şartlar geçerlidir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış sigortalıların poliçe primleri, yenileme döneminde tüm sigortalılar için geçerli olan ve ürün/ yaş/cinsiyet için belirlenen tarife primi üzerinden madde 10.2.1 de belirtilen tazminatsızlık indirim oranları uygulanarak hesaplanır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildikten sonra hastalık ek primi uygulanmaz ve daha önce uygulanmış hastalık ek prim oranı değiştirilemez.

Ömür boyu yenileme garantisi verilen Sigortalının bu güvence verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan ve Sigortalı tarafından bilinen ancak Sigortacının bilgisi dahilinde olmayan rahatsızlık / hastalık durumunda, Sigortacı durumu öğrendiği tarih itibarı ile ömür boyu yenileme garantisine son verme ve/veya yeniden risk değerlendirmesi yapma hakkına sahiptir.

Toplam Yatış Gün Sayısı Limiti tamamlanmadığı sürece, yenileme garantisi sigortalının yaşamı boyunca geçerlidir. Ancak Toplam Yatış Gün Sayısı Limiti dolan Sigortalının teminatları Yenileme Garantisi hakkı kazanmış olsa dahi sona erer.

Sigorta Şirketinin piyasadan kaldırma kararı aldığı ürünlerde, ömür boyu yenileme garantisi alanlar için, önceki poliçelerine benzer plan ve teminatları içeren güncel ürünlere geçiş izni verilerek sigortalının sadece ilk kayıt tarihi ve ömür boyu yenileme garantisi hakkı korunacaktır.

Sigortalının ömür boyu Yenileme Garantisi olsa dahi, sigorta primin poliçe üzerinde belirtilen vadelerde ödenmemesi nedeniyle poliçenin iptal edilmesi durumunda, sigortacı poliçeyi ek şart

(hastalık istisnası, limit, ek prim, bekleme süresi vb.) uygulayarak devam ettirme veya hiçbir koşulda devam ettirmeme hakkına sahiptir.

10 PRİM TESPİTİ

10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

10.1.1 Tarife Primi

Tarife primleri tüm sektörde kabul gören aktüeryal metotlar ile hesaplanır. Bu hesaplamada, şirket sigortalı portföyünün yaş, cinsiyet dağılımı ve teminat kullanım sıklığı ile medikal enflasyon (TTB/HUV'ye bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırmadaki değişim, özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç ve malzeme fiyatlarındaki değişim, teknolojideki yeni gelişmelere bağlı olarak karşımıza çıkan yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri), ürün kar-zarar durumu, genel giderler, komisyon payı, portföyün yaşlanması, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görülen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınır. Bu primler kişiye özel olmayıp, ilgili ürün ve plan için yaş ve cinsiyet dağılımında sigortacının tüm sigortalıları için standart primleridir.

Yenileme döneminde tarife prim artışı, risk ek primi dışında %500'ü geçemez.

10.1.2 Poliçe Primi

Tarife primleri baz alınarak "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış ek prim ve/veya indirimlerin uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen primdir.

10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler:

10.2.1 Tazminatsızlık İndirimi ve Artırımı (Ek Prim)

Sigortalı, bir poliçe yılı içinde hiç tazminat almamış olması ve yenileme koşullarına göre sözleşmesini devam ettirmesi halinde, yeni sözleşmesinde tazminatsızlık indirimine/artırımına hak kazanır. Tazminatsızlık indirimi/artırımı bir poliçe içerisinde yer alan her bir sigortalı için ayrı ayrı değerlendirilir ve uygulanır.

Yatarak ve Ayakta tedavi planının alınması ve poliçenin kesintisiz devam etmesi koşulu ile bir yıllık poliçe süresi içinde sağlık gideri harcaması toplam primin;

- %10'u arası olan sigortalılara % 30 tazminatsızlık indirimi,
- %11- 30'u arası olan sigortalılara % 20 tazminatsızlık indirimi,
- %31- 50'si arası olan sigortalılara % 10 tazminatsızlık indirimi uygulanacaktır.

Sadece yatarak tedavi planının alınması ve poliçenin kesintisiz devam etmesi koşulu ile hiç tazminat kullanımı olmaması durumunda %10 oranında tazminatsızlık indirimi, sağlık gideri harcaması toplam primin %100'ün üzerinde olması halinde %30 tazminata göre artırım uygulanır.

Yenileme döneminde Ayakta +Yatarak Tedavi planından; Yatarak tedavi planına geçildiğinde indirim oranı Yatarak tedavi planları için verilen oran kadar uygulanır.

Yenileme döneminde Yatarak tedavi planından Yatarak + Ayakta tedavi planına geçildiğinde, poliçenin indirim oranı bir önceki plan üzerinden sadece Yatarak Tedavi için uygulanır.

Tazminatsızlık indiriminden yararlanan Sigortalının, tazminatsızlık indirimine hak kazandığı Sigorta Sözleşmesi dönemi için daha sonradan tazminat alması halinde ise tazminatsızlık indirimi geçersiz kalır ve uygulanmış olan indirim tutarı, zeyilname ile prime ilave edilir.

Tazminat/Prim oranına göre kullanım ek primi uygulaması aşağıdaki şekildedir;

Tazminat/Prim oranı %50,01 %100,00 arası olan sigortalılara standart,
Tazminat/Prim oranı %100,01 130,00 arası olan sigortalılara % 10 tazminata göre artırım
Tazminat/Prim oranı %130,01 150,00 arası olan sigortalılara % 20 tazminata göre artırım
Tazminat/Prim oranı %150,01 180,00 arası olan sigortalılara % 30 tazminata göre artırım
Tazminat/Prim oranı %180,01 250,00 arası olan sigortalılara % 40 tazminata göre artırım
Tazminat/Prim oranı %250,01 ve üzeri olması halinde %50 tazminata göre artırım uygulanacaktır.

Tazminat/Prim oranına göre uygulanacak artırımlar bu özel şartların yürürlüğe girdiği tarihten itibaren ilk iş olarak düzenlenen poliçeler için geçerli olacaktır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi alan sigortalılara tazminata göre artırım uygulanmamaktadır.

10.2.2 Risk Ek Primi

Sigortalı adayının sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda belirlenen ek primdir. Sigortacının uygulayacağı risk ek primi her bir hastalık için %200'ü geçemez.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış sigortalılarda, bu hak verildikten sonra ortaya çıkan hastalıklar için risk ek primi uygulanmaz.

10.2.3 Ödeme Planı İndirimi

Poliçe priminin peşin ödenmesi durumunda poliçede belirtilen indirim uygulanır. Bu indirim oranı değişen ekonomik koşullara bağlı olarak Sigortacı tarafından değiştirilebilir.

10.2.4 Aile İndirimi

Poliçede iki kişi ve üstü sigortalı bulunması durumunda poliçede belirtilen indirim uygulanır.

10.2.5 Tasarruflu Tazminat İndirimi

Teminat kapsamında olması şartlı ile Sigorta Şirketinden talep edilmeyen, SGK ya da 2 SUT altında sonradan ödeme kapsamındaki taleplerde Sigortacının kabul etmesi durumunda yenileme poliçelerde sigortalı için %15 indirim uygulanır.

11 YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Yürürlükte olan poliçeye yıl içerisinde yeni giriş yapılması durumunda, alınacak prim gün esaslı hesaplanır ve ana poliçenin kalan taksit sayısı kadar taksitlendirilir.

Yaş hesaplamasında, doğum yılı ile poliçe başlangıç yılı arasındaki fark (ay ve gün hesabı dikkate alınmaksızın) kullanılır.

11.1 Poliçeye Yeni Sigortalı Girişi

Başvurusu sigortacı tarafından kabul edilmiş ve sigortalanmak üzere ilk başvurdıkları tarihte, 0 -64 (dahil) yaş arasında olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir.

Çocuklar, bekar ve öğrenci olması durumunda 25 yaşına kadar ailesi ile birlikte poliçe kapsamında sigortalanabilir.

11.2 Poliçe Dönemi içinde Sigortaya Girişler:

Sigortalı, sigorta başlangıç tarihinden sonra eşi ve/veya çocuğunu aşağıda yazılı şartlar dahilinde poliçe kapsamına dahil ettirebilir.

Sigortalının yıl içinde eşini poliçeye dahil etmek istemesi halinde, evlilik tarihini takip eden 30 gün içerisinde başvuru formu doldurarak sigortacıya başvurması gereklidir. Sigortacı tarafından yapılacak olan risk değerlendirmesi sonucunda, sigortalanma kararı verildiği takdirde belirlenecek ek prim karşılığında sigorta kapsamına alınabilir. Bu sürenin aşılması durumunda ancak yenileme döneminde başvurulabilir.

Yeni doğan bebekler için 30 gün içerisinde başvuru formu ekinde bebeğin sağlık durumunu belirtir doktor raporunun sigortacıya iletilmesi ve bu süre içinde (30 gün) hastaneden taburcu olması gerekmektedir. Sigortacı tarafından yapılacak olan risk değerlendirmesi sonucunda, sigortalanma kararı verildiği takdirde doğdukları tarih İtibariyle ve belirlenecek ek prim karşılığında sigorta kapsamına alınabilir. Bu süreyi aşan durumlarda başvuru formu doğum tarihi itibariyle en geç 60 gün içinde sigortacıya iletilmelidir, bebeğin poliçeye giriş tarihi başvuru formunun doldurulduğu tarih olacaktır..Bu süre içinde (60 gün) hastaneden taburcu olması gerekir.Türkiye bebek hakkı verilmeyecek olan bebeklerin poliçe başlangıç tarihleri ilk 30 gün içinde başvurmaları halinde 15. gün itibari ile, 31-60 gün içinde başvurulması durumunda ise başvuru beyan tarihiyle poliçe kapsamına alınacaklardır. 35 haftadan önce doğan bebekler prematüre olarak kabul edilirler. Prematüre bebekler doğdukları tarih itibariyle sigorta kapsamına alınmaz. Hastaneden taburcu olduktan sonra, son durum raporu, bebeğe ait çıkış epikrizi, tüm tetkik sonuçları, Bireysel Sağlık Sigortası Başvuru Formu ve yeni doğan formu ile başvuruda bulunulabilir. Sigorta kapsamına dâhil edilmesi Sigortalının onayına bağlıdır.

Sigortalının yıl içinde evlat edinilen çocuk/larını poliçeye dahil etmek istemesi durumunda, evlat edinilme tarihinden itibaren 60 gün içinde başvuru formunu sigortacıya iletmesi gerekmektedir. Sigortacı tarafından yapılacak olan risk değerlendirmesi sonucunda, sigortalanma kararı verildiği takdirde belirlenecek ek prim karşılığında sigorta kapsamına alınabilir. Bu sürenin aşılması durumunda ancak yenileme döneminde başvurulabilir.

Çocuklar, bekar ve öğrenci olması durumunda 25 yaşına kadar ailesi ile birlikte poliçe kapsamında sigortalanabilir, ancak yeni doğan dışında poliçe başlangıç tarihinden sonra ara dönemde poliçe kapsamına giremezler, yenileme dönemini beklemeleri gerekir(yeni evlat edinilen çocuklar hariç).

Poliçe başlangıç tarihinden sonra yukarıda belirtilen süreleri aşan 25 yaşından büyük çocuklar ile eş statüsünde yer alan sigortalı adayları tek başına ayrı bir poliçede sigortalanma hakkına sahiptir.

Sigorta Ettiren askerlik hizmeti nedeniyle ayrılan ve askerlik hizmetini tamamlayan kişilerin yeniden Sigorta Sözleşmesi kapsamına dahil edilmesi için başvurabilir. Sigortalanacak kişi askerlik hizmeti öncesinde yenileme güvencesi hakkını kazanmış ise, askerlik süresinin Bitiş Tarihinden itibaren en geç 30 gün süre içerisinde başvurulması, askerlik süresinin belgelenmesi ve yeni seçilen Teminat planının askerlik öncesi alınan teminat planıyla eşit ya da daha düşük Teminatlı plan olması halinde yeniden risk değerlendirmesi yapılmadan varsa askerlik öncesi risk değerlendirmesine göre uygulanmış olan aynı özel koşullarla, askerliğin bitiş tarihinden itibaren teminat kapsamına alınır. Aksi hallerde Sigortacı yeniden risk değerlendirmesi yapar.

11.3 Türkiye Bebek Uygulaması:

Sigortacıda kesintisiz ve en az 2 yıl Doğum/Aile Planlaması teminatı içeren bir poliçe alınması ve doğum ile ilgili bekleme süresinin tamamlanmasından sonra bu poliçe kapsamında doğan bebeklerin Başvuru Formu'nun doğum itibariyle en geç 30 gün içinde Sigortacıya iletilmesi ve bu süre içerisinde (30 gün) hastaneden taburcu olmuş olması ve sigortacı tarafından belirlenen primin

ödenmesi koşulu ile risk değerlendirme yapılarak ömür boyu yenileme garantisi verilerek doğum tarihi itibarıyla Türkiye Bebek olarak sigortaya kabul edilebilir.

Türkiye Bebek değerlendirmesi için başvurunun her durumda en geç doğum tarihi itibarıyla 30 gün içinde şirkete ulaştırılması gerekir, 30 günü aşan başvurular Türkiye Bebek olarak değerlendirilmeyecektir.

Türkiye Bebek olarak sigortalanmasına karar verilen bebeklerin, doğumsal hastalıkları (genetik hastalıklar hariç), oluşum nedenine bakılmaksızın çocuklardaki tüm kasık ve göbek fıtıkları, kordon kisti, hidrosel, lakrimal kanal tıkanıklıkları, infantil pilor stenozu ve infantil katarakt poliçe teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde ödenir.

Türkiye Bebeklere bu özel şartlarda belirtilen bekleme süreleri uygulanmaz ve hastaneden taburcu olana kadar oluşan yeni doğan rutin bebek masrafları kendi poliçe teminatlarından poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

12 GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

12.1 Diğer Sigorta Şirketlerinden Sigortalının Bireysel Sağlık Sigortasına Geçişler

Kesintisiz 1 tam yıl sigortalığı bulunmayan sigortalıların diğer sigorta şirketindeki ilk kayıt tarihleri devir alınmaz, Sigortacıda ki sigortaya giriş tarihi ilk kayıt tarihi olarak kabul edilir. Ancak aile poliçelerinde ferdin 1 tam yılını doldurması şartı ile aileye gün esaslı giriş yapan kişilerin ilk kayıt tarihleri korunur.

Sigortacı ya geçiş olarak alınan sigortalılara her koşulda Doğum ve Aile Planlaması Teminatı için 1 yıl bekleme süresi uygulanır. Geçiş olarak alınan sigortalılar için, Sigortacıda mevcut seçilen ürünün özel şartları ve teminatları geçerli olacaktır. Hakların devri, önceki sigorta şirketinin özel şart ve teminatlarının devri anlamını taşımaz.

Başvuru esnasında, başka sigorta şirketinden poliçesi olduğunu beyan etmeyen sigortalıların poliçe dönemi içerisinde geçiş hakkı talepleri değerlendirmeye alınmaz.

Diğer sigorta şirketlerinden ferdi veya grup sağlık poliçesi olan kişilerin mevcut şirketlerinden ayrılarak Sigortacıdan sağlık sigortası almak istediği durumlarda, haklarının devamı ve geçiş kabul edilebilmeleri için bitiş tarihinden itibaren 30 gün içerisinde sigortacıya başvurmaları gerekmektedir. 30 günü geçen başvurular ilk iş olarak değerlendirilir ve hak devri yapılmaz.

Sigortacı yapılan risk değerlendirmesi sonucunda ilk sigortalanma tarihini koruyarak geçiş hakkını verebilir.

Diğer sigorta şirketinde Tamamlayıcı Sağlık Ürünü mevcut olan kişilerin hakları iş bu ürünün alınması halinde korunmaz.

12.2 Sigortacıda Grup Sağlık Sigorta Kapsamında Olan Sigortalıların Bireysel Sağlık Poliçesine Geçişleri

Grup sigorta sözleşmesi kapsamında olup, emeklilik, şirketten ayrılma veya sigorta sözleşmesinin hiçbir şirketten yapılmaması nedeni ile grup sağlık sigortası kapsamından çıkan ve grup sağlık sigortası kapsamında kesintisiz olarak en az 12 ay süre ile sigortalanmış olan personel/bağımlıların; sözleşme kapsamından çıktığı tarihten itibaren en geç 30 gün içerisinde en son sağlık sigorta sözleşmesindeki muadil veya daha düşük teminatlı plandan risk değerlendirmesi yapılarak ve ilk kayıt tarihi korunarak, tüm aile bireyleri ile birlikte sigortalanabilir.

Sigortacı sigortalı adaylarının grup poliçesinde kazanılmış haklarının devamına, beyanları, geçmiş sigortalılık bilgileri ve grup sağlık sigortası sözleşme/protokol koşullarına göre inceleyerek karar verir. Sigortacı, bireysel sağlık sigortası ürününe ait özel şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi, katılım, limit, bekleme süresi v.b uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

12.3 Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisinin Korunması

Diğer şirketlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı olan kişilerin bu haklarının şirketimizdeki poliçeye devri için, Sigortalı adaylarının Ferdi Sağlık Başvuru formu sağlık beyanları, önceki sigorta şirketinden alınan geçmiş sigortalılık bilgileri ve aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilir;

Değerlendirme yılında sigortalı yaşının 55 ve altında olması,
Türkiye Sigorta A.Ş.'de 36 ay kesintisiz poliçenin devam etmesi,
Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmesine engel bir sağlık riskinin olmaması,
01/07/2025 öncesi Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirme kriterleri kapsamında yaş/sağlık riskinin tespit edilmemiş olması,

durumunda Sigortacı tarafından belirlenecek şartlar dâhilinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı kazanırlar. Türkiye Sigorta A.Ş. giriş tarihi 01.07.2025 öncesi olan, 0-18 (18 dahil) arası yaş olan sigortalılar için poliçenin kesintisiz devam etmesi gereken süre 24 aydır. Değerlendirme sonucu Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını korumama, sigortalı adayının sigorta kapsamına alınmama, istisna ve/veya hastalık sür primi uygulama veya koşulsuz alınabilmesi sigortacının kararına bağlıdır. Diğer şirket geçişlerinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı almamış sigortalılar için Sigortacının belirlemiş olduğu ÖBYG kriterleri geçerli olacaktır.

12.4 Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkı Şartlarının Değişmesi

Sigortalının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunduğu veya sigorta teminatlarının kötü niyetle kullanıldığı tespit edilmesi durumunda, Sigortacı söz konusu hastalıkla ilgili koşul (muafiyet, ek prim, katılım payı v.b) uygulayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi koşullarını değiştirebilir, hastalığa ilişkin yaptığı ödemelerle ilgili olarak sigortalıya rücu edebilir, Ömür Boyu Yenileme Garantisini kaldırabilir veya poliçeyi iptal edebilir.

13 SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1 Diğer Sözleşme İptalleri ve Poliçeden Çıkış İşlemleri

Poliçe primleri vadesinde ödenmediği takdirde, Türk Ticaret Kanunu ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın ilgili maddelerine göre işlem yapılır.

Poliçe priminin tutarı ve ödeme şekli poliçenin ön yüzünde belirtilmiştir. Sigortacının sorumluluğu peşinatın ödenmesi halinde başlar. Türk Ticaret Kanunu madde 1434 gereği, vadesinde ödenmeyen taksitler için; sigortacı tarafından sigorta ettirene vadesi geçmiş prim borcuna dair tebliğ tarihinden itibaren 10 gün ödeme yapılması gerektiği hususunda yazılı bildirim yapılır. Bu sürenin sonunda borcun ödenmemesi halinde poliçe otomatik olarak fesh olur. Peşinatın ödenmemesi halinde ise poliçe; bildirimi takiben feshedilir

Sigorta Ettiren'in poliçe dönemi içerisinde yazılı ve imzalı dilekçe ile poliçenin iptali veya sigortalının kapsamdan çıkarılması talebinde bulunması durumunda; prim gün esasına göre hesaplanır ve kalan gün esasına göre çıkan prim sigorta ettirene iade edilir. Ancak sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden az ise, hak edilen prim ile ödenen prim arasındaki fark sigortalıya iade edilir. Ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise, muaccel kuralı uygulanarak prim iadesi yapılmaz.

Sigortalının başvuru formunda kendisine sorulan sorulara riskin değerlendirmesini etkileyecek eksik/yanlış beyanda bulunması, sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya sağlık gider belgelerinin poliçe kapsamındaki diğer kimseler adına düzenletirilmesi gibi kötü

niyetli hareketlerin saptanması durumunda sigortacı, teminat kapsamına almış olduğu ve ödediği sağlık giderlerini geri alma(rücu) ve prim iadesi yapmaksızın poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı

Sigorta Ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olması ve sigortalıların sigorta ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacıya iletilmesi gereklidir. Bu durumda sigorta ettiren değiştirilerek poliçeye devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Sigorta Ettirenin sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçede, Sigorta ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Birden fazla kişinin sigortalı olduğu Poliçelerde, Sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki Sigorta Ettirene yapılır.

14 RÜCU HAKKI

Sigortacı, sigortalının veya doktorun yanlış ve/veya eksik bilgilendirmesi yüzünden poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen ödeme yapması durumunda, bu ödemeleri sigortalıya rücu ederek tahsil eder. Sigortacının herhangi bir nedenle poliçe teminatı kapsamında olmayan bir ödeme yapmış olması, sigortalı tarafından kazanılmış bir hak olarak değerlendirilemez.

15 BİLGİLENDİRME

Sigortacı, rkiye Sigorta A.Ş, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve / veya belge temin etme ve paylaşımda bulunmaya yetkilidir.

Sigortacı, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır.

Ancak bu iletişim bilgilerinden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından Sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede sigortalı olan aile bireylerinden en az biri ile sigorta ettirene ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin Sigortacıya iletilmiş olması zorunludur.

Aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda poliçede bilgisi tam olan kişiye bildirim yapılır ve bilgilendirme poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

16 BİLGİ PAYLAŞIMI VE BİLGİ TEMİNİ

Sigortacı, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve/veya belge temin etme ve paylaşımında bulunmaya yetkilidir.

17 YAPTIRIMLAR

İşbu klot gereği sigortacının sağladığı teminatın, ödemekle yükümlü olduğu hasarın veya sigortalıya sağladığı sigorta menfaati şartlarının Birleşmiş Milletler, Avrupa Birliği ve çeşitli ülkeler tarafından alınan yaptırım, yasaklama, kısıtlama sınırlama kararları, ticari veya ekonomik yaptırımları, kanunları, yönetmelikleri kapsamında yasaklanan bir fiile sigortacıyı maruz bırakması halinde, sigortacının ilgili teminatı sağlamayacağı herhangi bir hasar ödemekle yükümlü olmayacağı veya sigortalıya sigorta menfaati sağlamayacağı taraflarca kabul edilmiştir.

Türkiye Sigorta A.Ş., sigorta ettiren ve/veya sigortalı başvuru değerlendirme aşamasında, poliçe düzenlendikten sonra herhangi bir zamanda ve/veya sigortaya ilişkin yapılacak herhangi bir ödeme aşamasında uluslararası yaptırım listelerinden herhangi birinde yer aldığını tespit ederse tek taraflı olarak sigorta başvurusunu reddetmeye, herhangi bir onay ya da talimata gerek olmaksızın tek taraflı bildirim ile sigorta sözleşmesini sona erdirmeye ve/veya işbu sigorta kapsamında ödenmesi gereken tutarları hak sahibine ödememeye yetkilidir. Hak sahibi, Türkiye Sigorta A.Ş.'den yapılan bu işlemlerden dolayı herhangi bir hak ve alacak talebinde bulunmayacağını ve Türkiye Sigorta A.Ş.'yi gayri kabili rücu ibra ettiğini kabul, beyan ve taahhüt eder.

18 YAZILAMAYAN DİĞER RİSKLER

İş bu sigorta poliçesinde ilgili genel şartlar gereğince sigortanın kapsamı, Sigorta bedelinin kapsamı, ek sözleşme ile teminat kapsamına dahil edilebilecek haller ve kayıplar ve bunlara ait klotlar ve muafiyetler ile özel şartlar belirtilmiştir. Bu kapsam dışında bırakılmış açıkça yazılmayan riskler poliçe dönemi içinde en fazla toplam 10.-TL olarak sigortacı tarafından tazmin edilecektir.