

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI**1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI**

TÜRKİYE SİGORTA (İş bu özel şartlarda bundan sonra 'Sigortacı' olarak adlandırılacaktır.)

Bu sigorta, sigortalının Sigortacı tarafından belirlenmiş Anlaşmalı Sağlık Kurum listesinde yer alan ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından sigorta süresi içinde, sigortalının ve/veya poliçede belirtilmiş olmaları kaydıyla sigorta ettiren/sigortalının aile bireylerinin hastalık ve/veya kaza halinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini poliçe özel ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.

Sigorta poliçesinin kapsamı ancak poliçe özel şartlarında belirlenmiş şartlara uygun, SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerlidir. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar, poliçelerini aksi bir talep olmadıkça devam ettirebilir. Ancak sigortalı poliçe teminatlarından faydalanamaz. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatı kullanılır hale gelir.

Sigortalı; Sigorta kapsamına kabul talebinde bulunduğu andan itibaren, poliçe süresi boyunca Sigortacı'nın gerekli gördüğü takdirde kendisinin sağlık geçmişi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme, tedavisi hakkında kurum, doktor ve 3. kişilerden her türlü bilgi alma, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkı için izin vermiş sayılır.

Sağlık poliçeleri bir yıllık düzenlenir. Poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Poliçe Türkiye saati ile öğlen 12.00'da başlar, belirtilen bitiş tarihinde öğlen 12.00'da sona erer. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz.

Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar.

2. TANIMLAR**POLİÇE**

Sigortalanan kişi veya kişilere ait belirleyici bilgileri, sigortalının başlangıç ve bitiş tarihlerini, ödenecek prim ve teminat tutarlarını içeren, sigortacı ile sigorta ettiren arasında yapılan sigorta sözleşmesinin yazılı belgesidir.

POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ

Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların ilk kez veya varsa müteakip kez yinelenmesinde yürürlüğe girdiği tarihtir. Poliçe belirtilen tarihte Türkiye saati ile öğlen 12.00'da yürürlüğe girer.

POLİÇE BİTİŞ TARİHİ

Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların sona erdiği tarihtir. Poliçe belirtilen tarihte Türkiye saati ile öğlen 12.00'da sona erer.

POLİÇE ÖZEL ŞARTLARI

Poliçeye ait ve ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde belirtilen hükümlerin sigorta ettiren /sigortalı aleyhine hükümler içermeyen, sigortacı tarafından hazırlanmış ürüne özel şartlardır.

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigortacılar tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır.

BİLGİLENDİRME FORMU

Sigortalı adayına ait bilgileri ve seçilen teminat limitini, prim ödeme planını içeren ve gerek sözleşmenin müzakeresi gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin devamı sırasında ortaya çıkabilecek ve sözleşmenin işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen sigortacı tarafından verilen bilgileri içeren ve sigorta ettiren/sigortalı tarafından imzalanması gereken forma Başvuru ve Bilgilendirme Formu denir. Bu form, sigortacı için bir teklif niteliğindedir. Bu formun doldurulması sözleşme ilişkisinin başladığı anlamına gelmemekte olup, sigortacının değerlendirmesi sonucu kabulü hâlinde primin (veya peşinatın) tahsili ile poliçe tanzim edilir.

SİGORTA ETTİREN

Sigortacı ile sigorta sözleşmesine taraf olan ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigortadan doğan yükümlülükleri üstlenmiş gerçek veya tüzel kişidir.

SİGORTACI

Sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında sigorta ettiren/sigortalıya rizikonun gerçekleşmesi hâlinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur.

SİGORTALI / SİGORTALILAR

Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan poliçede ismi yazılı kişi/kişilerdir.

ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU (NETWORK)

Sigortacı adına yapılan bir sözleşme ile anlaşmalı sağlık kurum ağını oluşturan ve bu sigorta sözleşmesinin şartlarına uygun olarak sigortalının teminat kapsamında ve limit dahilindeki tedavi giderlerini doğrudan sigortacıdan almayı kabul eden sağlık kurumlarıdır.

Anlaşmalı kuruluşların isimleri, Sigortacıya ait www.turkiyesigorta.com.tr adresli web sayfasında güncel hali ile sunulmaktadır. Sigortacının Anlaşmalı Sağlık Kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

ANLAŞMALI OLMAYAN SAĞLIK KURUMU

Sigortacı ile özel anlaşması bulunmayan ve Anlaşmalı Sağlık Kurum Kitapçığında yer almayan sağlık kurumlarıdır.

SAGMER

Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Hazine Müsteşarlığı tarafından hazırlanan ve 16.12.2003 tarih ve 25318 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Trafik Sigortası Bilgi Merkezi Yönetmeliği ile 'TRAMER' adıyla kurulmuştur. 9 Ağustos 2008 tarihinde 26962 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanan yönetmelikle adı Sigorta Bilgi Merkezi kabul edilmiş, 03.11.2011 tarih ve 28131 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanan yönetmelik değişikliği ile ise unvanı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi olarak değiştirilmiştir.

SBM (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi), Türkiye Sigorta Birliği bünyesinde tüzel kişiliği haiz bir kurum olarak kurulmuş olup Hayat, Hastalık/Sağlık, Zorunlu Trafik, Yeşil kart, Zorunlu Karayolu Taşımacılık Mali Sorumluluk, Otobüs Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza, Motorlu Kara Taşıtları-Kasko, Tıbbi Kötü Uygulama Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası, Tehlikeli Maddeler ve Tüpgaz Zorunlu Sorumluluk Sigortası, Mesleki Sorumluluk Sigortalarına ilişkin verilen tek merkezde toplanarak, sigortacılık faaliyetlerinin daha kapsamlı ve etkin şekilde yürütülmesi, sektör genelinde uygulama

birliğinin sağlanması, sağlıklı fiyatlandırma yapılabilmesi, suiistimallerin önlenmesi, güvenilir istatistiklerin oluşturulması, sigorta sistemine olan güvenin artırılması ve kamu gözetim-denetiminin etkinleştirilmesi hedeflenmektedir.

PRİM

Sigortacının sözleşme ile sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar kapsamında tazminat ödemesi yapmak üzere sigorta ettirenden aldığı ücrettir.

İLAVE ÜCRETLER

İlave ücret 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 73. Maddesinin ikinci fıkrasında düzenlenmiştir. İlave ücretin alınmasına ilişkin hususlar ise Sağlık Uygulama Tebliği'nin 3.3. numaralı maddesinde açıklanmıştır. Buna göre; Kurumla sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden istenen fark ücretlerdir.

HASTALIK EK PRİMİ

Police başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, Sigortacının değerlendirmesi sonucunda, 'Sağlık Tarife Primi'ne belli bir oranda ek prim uygulanarak, police kapsamına alınmasıdır.

SGK KATKI PAYI

5510 Sayılı kanun çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işlemlerinde ödenecek tutar.

SİGORTALI KATILIM PAYI

Katılım Payı Policede her bir teminat için belirtilen ödeme yüzdesinden artakalan kısmın sigortalı tarafından üstlenildiği oranı ifade eder.

LİMİT

Sigortacının bu Sigorta poliçesinin şartları içerisinde istisna, bekleme süresi, limit ve muafiyet dışında üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamını ifade eder. Sigortalı'nın belirtilen teminatından, Sigorta Poliçesi dönemi süresince kullanabileceği azami gider toplamıdır.

ÖNCEDEN VAR OLAN RAHATSIZLIK

Sigortalanma öncesinde var olan rahatsızlık/hastalıktır. Belirtisinin/bulgusunun/şikayetinin 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.)

BEKLEME SÜRESİ

Sigortalının Yatarak Tedavi Sağlık giderlerinin ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

KOMPLİKASYON

Bir hastalığın seyri, tedavisi sırasında veya sonrasında bu hastalıkla bağlantılı olarak oluşan sağlık durumudur.

PROVİZYON ONAYI

Sigortacının Anlaşmalı sağlık kurumlarına, poliçe özel şartlarında belirtilen esaslar doğrultusunda sigortalı lehine verdiği sağlık giderleri ödeme taahhüdüdür.

KAZANILMIŞ HAKLARIN DEVRALINMASI

Diğer sigorta şirketinden geçişlerde, sigortalının ilk kayıt tarihinin korunması (Doğum Teminatı hariç).

KONJENİTAL HASTALIK

Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır. Bazı durumlarda sıkâyetler ilerleyen yaşlarda görülebilmektedir.

KRONİK HASTALIK

Tamamen geçmesi mümkün olmayan süregelen ya da uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hastalıklardır.

MERKEZ

Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezini.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi veya ÖBYG:

Özel sağlık sigortası sözleşmesinin aynı plan ile ömür boyu yenilenmesi taahhüdünü,

MUACCEL OLMAK

Primin ve/veya tazminatın talep edilebilir hâle gelmiş olması.

MUAFİYET

Sağlık giderlerinde sigortacı tarafından karşılanmayacak olan sigortalının ödemeyi üstlendiği kısımdır. Muafiyet bir tutar, teminatın başlama süresi ve/veya teminat yüzdesi olabilir ve plan dâhilindeki tüm sigortalılar için geçerlidir.

PLAN

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgi.

ÜRÜN

İşbu Özel Şart kapsamında sunulan ürün, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünüdür.

POLİÇE

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

PRİM

Sigorta şirketinin verdiği teminatlar karşılığında sigorta ettirenin ödemesi gereken ücreti,

RİSK / RİZİKO

Sağlık sigortaları için risk, hastalık ve kazalar ile bunların ortaya çıkma ihtimalini artıran fiziksel durumlar, alışkanlıklar vb. koşullardır.

RÜCU

Sigortacının ödediği tedavi masraflarını, halefiyet uyarınca tedavi masraflarının oluşmasında sorumluluğu bulunan üçüncü şahıslardan talep etme hakkıdır.

TEMİNAT

Sigortacının sigortalıya, rizikonun gerçekleşmesi halinde sigorta poliçesi özel ve genel şartları çerçevesinde taahhüt ettiği güvencedir.

DOĞUŞTAN GELEN HASTALIK

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

ZEYİLNAME

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

İLK SİGORTALANMA TARİHİ

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

KAZANILMIŞ HAKLAR

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

KALICI VERİ SAKLAYICISI

Sigorta ettiren, sigortalı veya sigortadan faydalanacak kişilerin gönderdiği veya bu kişilere gönderilen bilgilerin amacına uygun olarak makul bir süre içinde incelenmesine elverecek şekilde kaydedilmesini ve değiştirilmeden kopyalanmasını sağlayan ve bu bilgilere aynen ulaşılmasına imkân veren kısa mesaj, elektronik posta, internet, mobil uygulama, disk, CD, DVD, hafıza kartı ile Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi üzerinden veya e-Devlet üzerinden kurulacak yapı ve benzeri her türlü araç veya ortamı,

SUT

5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 Sayılı Kanun ve ‘Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği’ hükümleri çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yayımlanan Sağlıkta Uygulama Tebliği (SUT). 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişilerin, SGK finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen Kurumca ödenecek bedellerin bildirildiği Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’ni ifade eder.

SAĞLIK HİZMET TARİFESİ

Türkiye Sigorta’nın sağlık hizmeti veren kurumlarla yaptığı sözleşmelerde tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifiedir. (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV), SUT (Sağlık Uygulama Tebliği), Türk Diş Hekimleri Birliği Tarifesi (TDB) gibi)

TRİYAJ UYGULAMASI

Sigortacının anlaşmalı olduğu SGK ile anlaşmalı sağlık kurumlarında oluşacak GSS kapsamında karşılanan Acil Durumlar, Triyaj Uygulamasına paralel şekilde değerlendirilir.

Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini ifade eder. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması İçin muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

Yeşil alan: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır.

Sarı Alan: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlardır.

Kırmızı Alan: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlardır.

VERGİ İNDİRİMİ

193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 01 Ocak 1986 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 3239 Sayılı kanun ile değişen 63. ve 89. maddeleri gereğince; mükellefin şahsı, eşi ve küçük çocukları için ödeyeceği Sağlık Sigortası primleri vergi indirimi kapsamındadır.

Vergi İndiriminin Şartları Nelerdir?

Şahıs sigorta primlerinin vergi indiriminden faydalanabilmesi için aşağıdaki koşulların yerine getirilmesi gerekmektedir:

- Şahıs sigorta primleri, mükellefin kendisi, eşi ve küçük çocuklarına ait olmalıdır. 18 yaşından büyük, öğrenci olmayan veya 25 yaşından büyük çocuklar için Sağlık Sigortası vergi indirimi geçerli değildir.
- Sigorta şirketi Türkiye'de kayıtlı ve merkezi Türkiye'de olmalıdır.
- Sigorta sözleşmesi ilgili şirketlerle yapılmış olmalıdır.
- Sigorta priminin ödendiği fatura veya makbuzlarla belgelendirilmelidir.
- Sigorta primi elde edilen brüt ücretin %15'ini ve yıllık asgari ücret tutarını aşmamalıdır.

Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırları tanımlayan söz konusu maddeler, 29 Haziran 2012 tarih ve 28338 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6327 Sayılı kanun ile değiştirilerek 01 Ocak 2013 tarihinden sonra geçerli olmak üzere yeni düzenlemeler getirilmiştir.

Bordro ile ücret alan mükellefin ödeyeceği Sağlık Sigortası primi, primin ödendiği ayda elde edilen brüt kazancın %15'ini ve asgari ücretin aylık tutarını aşmamak şartıyla gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir.

Gelir vergisi beyannamesine tabi mükellefin ödeyeceği Sağlık Sigortası primi, (primin gelirin elde edildiği yılda ödenmiş olması ve ücret geliri elde edenlerin ücretlerinin safi tutarının hesaplanması sırasında ayrıca indirilmemiş bulunması şartıyla) beyan edilen yıllık gelirin %15'ini ve asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacak şekilde gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir.

Söz konusu kanundan yararlanabilmek için;

- Bordro ile ücret alıyor iseniz, çalıştığınız işyerinde Muhasebe Servisine Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzunu vermeniz
- Serbest çalışıyor iseniz, Sağlık makbuzundaki prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtmeniz yeterlidir. (Prim ödeyenin adı/soyadı, ödemenin ait olduğu dönem, ödenen prim,

ödeme yapılan sigorta şirketinin ünvanı ve ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu, otomatik para çekme makinası makbuzu ve kredi kartı ekstreleri makbuz yerine geçmektedir.)

3. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI TEMİNATLARI

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI, poliçe sahibi sigortalılarının, bu poliçe için anlaşmalı sağlık kurum ve kuruluşlarından sağlık hizmeti almaları sırasında oluşabilecek ilave ücretlerin poliçe teminat, limit, katılım payı özel ve genel şartları doğrultusunda ödenmesini kapsar.

Ancak poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede tedavisinin devam ettiği durumlarda, ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 gün süreyle poliçe özel ve genel şartları doğrultusunda teminat kapsamındadır. Poliçe teminat limit ve katılım payını aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir.

Tedavinin acil olup olmamasına, kurumun Anlaşmalı veya Anlaşmasız olmasına bakılmaksızın anlaşmasız (staff olmayan, SGK anlaşması bulunmayan) doktor tarafından yapılacak işlemler için doktor ücreti bu poliçe kapsamında ödenmez. İş bu poliçe için geçerli Anlaşmalı sağlık kurumları üzerinde Sigortacı'nın değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.turkiyesigorta.com.tr adresinde yer almaktadır.

Genel Sağlık Sigortası'nda "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" maddesinde belirtilen Sağlık hizmetleri hiçbir şekilde karşılanmaz. İlave ücret alınmayan sağlık hizmetleri aşağıdaki gibidir. Ancak Genel Sağlık Sigortası'nda "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" değiştiği takdirde aşağıdaki liste de aynı şekilde değişecektir.

- Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radio 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

3.1. Yatarak Tedavi

Yatarak Tedavi teminatı, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, tıbben gerekli olan cerrahi ve/veya dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, özellikli tıbbi malzemeler (ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler), koroner anjiyografi giderleri ile sigortalının hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık giderleri ve küçük müdahale giderlerinin poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde karşılanmasını kapsar. Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri poliçe üzerinde belirtilen yıllık limit dahilinde ödenir.

Kanser tedavisi sonrası kanserli memeye yapılan rekonstrüksiyon cerrahisi (meme ucu rekonstrüksiyonu ve takılan meme protezinin herhangi bir nedenle değiştirilmesi hariç), ile ilgili ameliyatlara bu teminat kapsamında karşılanır.

Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır. Yatarak tedavi giderleri devam ederken poliçenin bitmesi ve yenilenmemesi durumunda ilgili tüm masraflar

poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 gün süreyle poliçe özel ve genel şartları doğrultusunda teminat kapsamındadır.

Bu teminatın kullanılabilmesi için; sigortalının SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması ve tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması halinde poliçede belirtilen teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

3.1.1. 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 poliçede belirtilen Evde Tıbbi Bakım teminatı limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Evde bakım teminatında provizyon olmayıp evraklar ve faturalar sigorta şirketine gönderilerek tazminat talebinde bulunulacaktır.

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

3.1.2. Suni UzuV

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu kaybolan uzvunu yerine koyma amacıyla takılan protezler kalp pili bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Suni uzvun yerine koyulma işleminin ilgili poliçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir.

3.1.3. 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.

3.1.4 Hastane Gündelik Tazminat

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.

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, günlük iş görememe parası giderleri kapsam dışıdır.

3.1.5. 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) 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 poliçe üzerinde belirtilen 7/24 ulaşılabilen ACİL TIBBİ DANIŞMA ve AMBULANS HATTI'ni aramaları gerekmektedir. Bu teminat yalnızca yurtiçinde geçerlidir.

3.2. Ayakta Tedavi

Ayakta tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi teminatlarından oluşur. Bu teminatın kullanılabilmesi için; sigortalının SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması; ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesinde anlaşmalı kurumlar dışında yapılan ayakta tedavi giderleri poliçede belirtilen teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Ayakta Tedavi teminatı poliçe dönemi içerisinde teminat tablosunda belirtilen kullanım ile sınırlıdır.

3.2.1. Fizik Tedavi

Fizik tedavi uygulamaları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim tarafından tedavi planı düzenlenmesi durumunda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat için poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir. Sadece fizik tedavi amacıyla hastanede yatarak uygulanan tedavilerde; fizik tedavi uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi) karşılanmaz.

3.2.2 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.

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.

Yardımcı tıbbi malzeme teminatında provizyon olmayıp evraklar ve faturalar sigorta şirketine gönderilerek tazminat talebinde bulunulacaktır.

3.3 Ek Teminatlar

3.3.1 Doğum ve Hamilelik Takibi Teminatı

3.3.1.1 Doğum (Normal Doğum / Sezaryen ile Doğum)

Kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar sigortacının belirleyeceği prim karşılığında, ek teminat olarak doğum teminatı alabilir.

Doğum ve Hamilelik Takip teminatı bulunan poliçede rutin hamilelik ile ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dahil edilmesinden itibaren 6 aylık bekleme süresi dolduktan sonra gebe kalması koşulu bulunmaktadır. Poliçenin 6. ayından önce başlayan gebeliklerde hamilelikle ilgili tüm giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Doğum ve Hamilelik Takip teminatı ilk yıl 6. aydan sonra gerçekleşen hamilelikler için kapsam sunmaktadır. Devam eden yenileme poliçelerde ise bekleme süresi uygulanmamaktadır.

Yenileme döneminde; bu teminatlara ara verilmesi ve poliçeye Doğum ve Hamilelik Takip teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlar.

Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavilere ait giderler poliçede belirtilen Doğum teminatı limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Yukarıda bahsedilen giderler dışında bebeğe ait sağlık giderleri, bebeğin poliçeye dahil edilmesiyle beraber kendi poliçesi kapsamında ilgili diğer teminatlardan karşılanır.

3.3.1.2 Hamilelik Takibi Teminatı

Gebelik ile ilgili periyodik doktor muayeneleri ve gebelik öncesi TORCH tetkiki ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler, (TORCH, amniosentez, NST, Down üçlü tarama vb.), Ayakta Tedaviler teminatının poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerli olup poliçede belirtilen Gebelik Rutin Kontroller teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

3.3.1.3 Sadakat Paket Teminatı

Şirketimizde Bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününde kesintisiz en az 5 yıl sigortalı olan ve Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış, teminat içeriğinde belirtilen durumlara yönelik tanının yine bu süre içerisinde konulmuş olması ve poliçesinde bu rahatsızlıklara yönelik olarak istisna uygulanmamış olması şartıyla ilgili giderler bu paket kapsamında karşılanacaktır. Anlaşmasız kurumda vaka başı SUT*2 olup, anlaşmalı-anlaşmasız kurumlarda poliçede yazan limit dahilinde karşılanmaktadır.

Paketin Kapsamındaki Hastalıklar

Skolyoz, Kifoza

Septum, Konka

Uyku Apnesi (cihaz hariç)

Parkinson

Halluks Valgus, Halluks Rijidus

4. BEKLEME SÜRELERİ

Cerrahi veya tıbbi (medikal) tedaviler ve hastanede yatırılarak yapılan tüm tanı işlemleri ile ilgili giderleri (bekleme süresi uygulanan yatarak tedavi işlemi ile ilişkili evde bakım, suni uzuv ve tıbbi

malzeme teminat giderleri dahil), rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 90 gün süre ile kapsam dışındadır. (SGK'nın triyaj uygulamasında kırmızı alan olarak belirlediği durumlar hariç) Ayakta ve yatarak olmasına bakılmaksızın fizik tedavi ve rehabilitasyon, endoskopik girişimler 90 gün süre ile kapsam dışındadır. Türkiye Sigorta A.Ş.'de kesintisiz en az 90 gün sigortalı olan veya diğer sigorta şirketinden geçişlerde ilk kayıt tarihinin korunması durumunda 3 aylık bekleme süresi uygulanmaz. (Doğum Teminatı hariç). Ameliyat Tazminat Teminatı rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile teminatı kapsamı dışındadır.

Doğum ve Hamilelik Takibi teminatı kapsamındaki giderler poliçenin ilk 6 ayı teminat kapsamı dışındadır.

İlk kayıt tarihi 01.01.2026 öncesi olan poliçelerde kesintisiz 1 tam yıl sigortalılığı 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.

İlk kayıt tarihi 01.01.2026 sonrası olan poliçelerde bekleme süresi tamamlanmadan başka bir şirkete geçiş yapıldığı durumda önceki şirkette geçirilen süre yeni şirketin uygulayacağı bekleme süresinden indirilecektir.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar teminat kapsamı dışında olup Sigortalı tarafından karşılanır. Ayrıca, Sigortacı teknolojik gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini hayati öneme sahip olup olmaması ve alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasına bağlı olarak kapsama alıp almamaya yönelik 'Teminat Dışı Kalan Haller' başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve/veya hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüksetmesi ve /veya bunlara bağlı komplikasyonlar poliçe teminat kapsamı dışındadır.
2. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı dönemde oluşan sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır,
3. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri poliçe teminat kapsamı dışındadır,
4. Poliçe üzerinde yazılı kullanım adedini ve / veya teminat limitini aşan ayakta tedavi giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır,
5. Ayakta tedavi teminatındaki her türlü ilaç, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri, poliçe teminatında yardımcı tıbbi malzeme olmaması halinde yardımcı tıbbi malzemeler, koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, boyunluk, tekerlekli sandalye, korse; ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi; her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderlerdir enjektör, ıtriya, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları; işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb. Tıbbi ve yardımcı tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli (robotik cerrahi için robot kullanımı-kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler, poliçe teminat kapsamı dışındadır

6. 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri,
7. Her türlü diş tedavisi, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik işlemler/ veya diş hekimleri tarafından yapılan tüm işlemler poliçe teminat kapsamı dışındadır,
8. Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık ve görme tembelliği, keratokonus, göz kayması, gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları ve bunlarla ilgili giderler teminat kapsamı dışındadır.
9. Yurt dışında yapılacak tüm tedavi ve ilaçlar, yurtdışından getirilecek olan tüm ilaçlar poliçe teminat kapsamı dışındadır
10. Anlaşmasız şehir içi ve dışı her türlü ambulans ücretleri, yol, gündelik, 2.refakatçi ücretleri, suit oda farkları ve özel harcamalar ve sigortacı tarafından onaylanmış Evde Tıbbi Bakım Teminatı dışındaki özel hemşire masrafları poliçe teminat kapsamı dışındadır.
11. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi tüp bebek, yardımcı üreme yöntemi tedavileri poliçe teminat kapsamı dışındadır,
12. Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri
13. Ek teminat olarak alınmadı ise gebelikle ilgili yapılacak tüm masraflar ve doğum giderleri
14. 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, antikör testleri, ve kart testi hariç) ile hastanede yatışı gerektiren giderler poliçe teminat limitleri ve iştirak oranları dâhilinde değerlendirilecektir) (09092020)
15. 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, kayak, snowboarda, buz pateni, vücut geliştirme vb.) yapılması sırasında oluşabilecek tüm sağlık giderleri. "Scooter ve/veya Elektrikli Scooter kullanımı/kazaları sonucu oluşabilecek giderler motosiklet kullanımı/kazaları sonucu oluşabilecek giderler (Yolcu olma durumu dahil). Lisanslı veya lisanssız yapılmasına bakılmaksızın tüm otomobil ve motorsiklet 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.
16. Her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejuno-ileostomi, barsak kısaltılması vb.), obezite, metabolik sendrom ile ilgili tüm tetkik, tedavi ve komplikasyon gideri,
17. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişim, estetik amaçlı plastik cerrahi (poliçe döneminde oluşan kazaya bağlı durumlar hariç); burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme, telengiektazi, cilt hemangiomları, vitiligo, keloid, skar, ksantelasma, skin tags, yüzeysel varis tedavileri vb.), estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı, her türlü botox uygulaması, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi, jinekomasti; poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar, yürüme analizi ile saç dökülmesine ilişkin tüm giderler
18. Uyku bozuklukları (uyku apnesi dahil) ve horlama ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler ile uyku apnesi cihazları (CPAP ve uyku odası, kalibrasyon giderleri ile polisonografi, uyku eeg'si, vb dahil)

19. Yaşlılıktan ileri gelen hastalıklar, geriatrik hastalıklar, demans hastalıkları, bunama ile ilgili rahatsızlıklar, uzun süreli bakım sağlayan sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, rehabilitasyon merkezlerindeki hizmet ve tedavi giderleri
20. Omurga şekil bozuklukları tedavisi, skolyoz, kifoz, lordoz ile ilgili giderler, Halluks Valgus, Halluks Rigidus ile ilgili tüm giderler ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, konka hastalıkları, konka hipertrofisi Konka Bulloza, SMR, septoplasti, nazal valv cerrahisi) ile ameliyat ve girişimler,
21. Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık (Türkiye Bebekleri için doğuştan gelen hastalıklar kapsam içerisindedir) ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar), tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,
22. Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,
23. Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,
24. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri, Her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık ve geriatrik hastalıklar,
25. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebulizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar,
26. Karayolları Trafik Kanunu hükümlerinde bahsi geçen, gerekli sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları,
27. İnfertilite ile ilgili tüm işlemler (tüp bebek, spermiogram, follikül takibi, histerosalpingografi-HSG, yapay döllenme, tubaplasti, mikroenjeksiyon vb), tıbbi endikasyonu olmayan her türlü küretaj, düşük araştırması ile ilgili tüm giderler, adhezyolizis, sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri (RİA, vasktom, tüp ligasyonu) ile ilgili tüm giderler, 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 (fimosiz dahil) ile ilgili tüm giderler,
28. 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) Sigortalı'ya uygulandığı tarihte, haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli veya yabancı otoritelerden (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan FDA (Food and Drug Administration)) FDA kurumu, tıp fakülteleri ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı) birisi tarafından kabul görmüş olmayan ve/veya haklarında tıbbi cemiyet veya otoritelerin bunların deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem veya gereç üzerinde bir başka kişi veya kurumun deneysel alımlarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider, PRP ve Kondromemran uygulamaları, ilaç ve malzeme giderleri vb. 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 anjio ve buna benzer tarama amaçlı tetkikler, voiding sistoüretrografi, robotik cerrahi cihaz kullanım bedeli ile bu yönetime özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri, beyin operasyonları dışında kullanılan navigasyon bedeli kapsam dışıdır.

29. Ses ve konuşma terapilerine ait tüm giderler,

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

31. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri ile cinsel yolla bulaşan tüm hastalıklara ilişkin giderler ile bulaşma yoluna bakılmaksızın frengi, bel soğukluğu, kasık granülomu, genital herpes ve genital siğiller, genital ve anal molluscum contagiosum vb. hastalıklar ile ilgili tüm giderler

32. Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım poliçe teminat kapsamı dışındadır.

33. Alerji deri testleri (Deri prick testi, deri yama testi vb.), ve tedavisi ile allerji aşılarına ilişkin giderler malzemeler, Vitamin D testi teminat kapsamı dışındadır

34. Poliçe ve/veya sertifika üzerinde belirtilen kişiye özel kapsam dışı hastalık ve rahatsızlıklara ilişkin tüm sağlık giderleri ile işbu Özel Şartlar'da tanımlanmış olsun veya olmasın, teminat tablosunda yer almayan herhangi bir teminat kapsamına giren sağlık giderleri veya işlemler teminat kapsamı dışındadır.

35. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar, Koroner BT Anjiyografi, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Kardiyak EBT (Elektron Beam Tomografi) tetiklerine ait her türlü gider,

36. HPV enfeksiyonları ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri kapsam dışıdır.

37. 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,

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

39. Aksi belirtilmedikçe, Uzaktan Sağlık Hizmeti (Teletıp, online verilen hizmetler, vb) kapsamında verilen sağlık hizmetleri kapsamında yapılan her türlü gider kapsam dışıdır.

40. 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.

41. 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

Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan Sigortacı Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında, poliçe özel şart ve limitleri dahilinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri (KKTC dahil) poliçe teminat kapsamında değildir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Police üzerinde belirtilen limitler ve ödeme oranları her sigortalı için ayrı ayrı geçerli olup bu oran ve limitlerin üzerinde yapılan sağlık harcamaları hiçbir şekilde karşılanmaz.

Kalan limit, police üzerinde belirtilen brüt limitten ('limit'), Sigortacı tarafından ödenen tazminat tutarları ile sigortalı tarafından karşılanan katılım payı tutarları toplamının düşülmesi ile hesaplanır. SGK tarafından alınan katılım payı bu hesaplamanın dışındadır.

Sigortacı iş bu police için geçerli anlaşmalı sağlık kurumlar listesinde değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Anlaşmalı Sağlık Kurumlar listesinin güncel hali www.turkiyesigorta.com.tr adresinde yer almaktadır.

8. SİGORTAYA KABUL VE GİRİŞ İŞLEMLERİ

Sigortacı, sigorta kapsamına dâhil olacak kişileri başvuru formunda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. Sigortalı ve sigorta ettiren 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.

Sigortacı, sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, Merkez'den, kamu kurum ve kuruluşlarından ilgili mevzuat çerçevesinde bilgi alma ve belge isteme hakkına sahiptir. Sigortacı'nın, sigortalıya ilişkin bilgileri ilgiliyi tedavi eden kişi ve kurumlardan, Merkezden, kamu kurum ve kuruluşlarından temin ederek özel sağlık sigortası sözleşmesini akdetmesi esastır. Sigortacı, ayrıca sağlık geçmişi ve bunun dışında kalan konulara ilişkin yazılı sorular da sorabilir. Sigorta ettiren, sigortalı ve varsa temsilci, kendisine sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermekle yükümlüdür. Sözleşmesinin akdedilmesinde veri transferine ilişkin teknik altyapının bulunmaması, veri transferi sağlanacak kurum veya kuruluş ile gerekli protokollerin mevcut olmaması, ilgili mevzuat gereği veri transferinin mümkün olmaması veya ilgilinin açık rızasının gerekli olduğu durumlarda sigortalının rıza vermemesi gibi hukuki veya Teknik engeller sebebiyle sigortalının bilgilerine erişilemediği takdirde, sözleşme sigorta ettirenin, sigortalının ve temsilci aracılığıyla sigorta yapıyorsa temsilcinin beyanı ve varsa Sigortacının yazılı sorularına verilen cevaplara dayanılarak yapılır. Sigorta Ettiren, Sigortalı ve varsa temsilci, kendisine sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermek, kendisince bilinen ve Sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek bütün hâlleri bildirmekle yükümlüdür.

Şirketin, sigortalıya ilişkin bilgileri sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, Merkez'den, kamu kurum ve kuruluşlarından temin ederek sözleşmeyi akdetmesi durumunda başvuru formu talep edilmemektedir. Sigortacı tarafından ilgili kurum ve kuruluşlardan bilgi ve belge temin edilmiş olması veya bu kurum ve kuruluşlara bağlı bilgi sistemleri üzerinden sigortalı bilgilerine erişilmiş olması sigorta ettirenin, sigortalının ve varsa temsilcinin 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunundan kaynaklanan beyan yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz.

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 veya plan değişikliği talep edilmediği sürece sağlık beyanı alınmaz) Sigortacı, ihtiyaç görmesi hâlinde, Sigortalının sağlık durumunun tespiti için hekim görüşünün alınmasını isteyebilir.

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 Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAGMER) den bilgi alma ya da SAGMER'e bilgi verme hakkına sahiptir.

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, SGK tarafından kapsama alınan, T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden / edecek, doğum tarihinden itibaren 15 günü tamamlamış bebekler ve 01.01.2026 tarihinden önce düzenlenen poliçelerde 64 yaş, 01.01.2026 tarihinden sonra düzenlenen poliçelerde 60 yaşından gün almamış kişiler sigortaya kabul edilirler. Aynı poliçe kapsamında sadece aile tanımına uygun kişiler (anne, baba ve 24 yaş altındaki çocuklar) yer alabilir. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar poliçelerini devam ettirebilir ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden geçerli olur.

Sigortalının yıl içinde doğan bebek/leri ve/veya evlat edinilen küçük/lerini poliçeye dahil etmek istemesi halinde doğum tarihinden ve/veya evlat edinilme tarihinden itibaren 60 gün içerisinde sigortacıya başvurması gerekmektedir. Bu süre içinde (60 gün) hastaneden taburcu olması gerekir. Doğum tarihinden ve/veya evlat edinilme tarihinden itibaren 14 gün (15. gün) sonra belirlenecek ek prim karşılığında sigorta kapsamına alınabilir. Bu sürenin aşılması durumunda aile poliçesine ancak yenileme döneminde dahil olabilir.

Bu sigorta, 01.01.2026 tarihinden önce sigortalanan kişiler için; Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden 0-64 yaş aralığındaki (64 dahil) kişileri kapsar.

01.01.2026 tarihi itibarıyla yeni sigortalanan kişiler için; Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden 0-60 yaş aralığındaki (60 yaşını henüz doldurmamış) kişiler ile Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış 60 yaş ve üzeri kişileri kapsar.

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

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen tüm sigortalı giriş taleplerinde (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak Sigortacının hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır. Bu prim poliçenin ödemeleri tamamlanmış ise peşin olarak, tamamlanmamış ise kalan vade sayısına bölünerek tahsil edilir.

Başka sigorta şirketinden veya Türkiye Sigorta'nın herhangi bir sağlık poliçesinden Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına kabulünde;

İlk kayıt tarihi 01.01.2026 tarihinden önce olan kişiler için; kesintisiz 1 tam yıl sigortalılığı bulunmayan sigortalıların diğer sigorta şirketindeki ilk kayıt tarihleri devir alınmaz, Sigortacı'daki 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. Geçiş olarak alınan sigortalılar için, Sigortacı'da mevcut seçilen ürünün özel şartları ve teminatları geçerli olacaktır. Hakların devri, önceki sigorta şirketinin özel şart ve teminatlarının devri anlamını taşımaz. Diğer sigorta şirketlerinden ferdi veya grup sağlık poliçesi olan kişilerin mevcut şirketlerinden ayrılarak Sigortacı'dan sağlık sigortası almak istediği durumlarda, haklarının devamı ve geçiş kabul edilebilmeleri için bitiş tarihinden itibaren 30 gün içerisinde sigortacıya başvurmaları gerekmektedir. Sigortacı yapılan risk değerlendirmesi sonucunda ilk sigortalı tarihini koruyarak geçiş hakkını verebilir.

01.01.2026 tarihinden önce düzenlenen mevcut poliçeye ara dönem girişleri veya yenileme dönemi bireyeklenmesi halinde 01.01.2026 tarihinden önce ÖBYG değerlendirme koşulu geçerli olacaktır.

İlk kayıt tarihi 01.01.2026 tarihinden sonra olan kişiler için; Ömür Boyu Yenileme Garantisi alan sigortalıların başka bir şirkete geçişinin kabul edilmesi hâlinde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi yeni şirkette devam eder.

Diğer sigorta şirketlerinden ferdi veya grup sağlık poliçesi olan kişilerin mevcut şirketlerinden ayrılarak Sigortacı dan sağlık sigortası almak istediği durumlarda, haklarının devamı ve geçiş kabul edilebilmeleri için bitiş tarihinden itibaren 1 ay içerisinde sigortacıya başvurmaları gerekmektedir. 1 ayı geçen başvurular ilk iş olarak değerlendirilir ve hak devri yapılmaz.

Önceki sigorta şirketinde teminat kapsamında olan, ancak tercih edilen iş bu sigorta ürününe bulunmayan teminat ve hizmetler kapsam dışında kalacaktır.

Önceki sigorta şirketinde doğum ve hamilelik takibi teminatı olsun veya olmasın her durumda, Doğum ve Hamilelik Takibi teminatı için bekleme süresi uygulanacaktır.

Sigortalı, sigorta başlangıç tarihinden sonra eşi ve/veya çocuğunu poliçeye dahil etmesi halinde ÖBYG'li ürüne giriş şartı bağlı olduğu sigortalıdan bağımsız değerlendirilecektir. Aynı aile poliçesinde sigorta başlangıç tarihinden sonra dahil olan eş ve/veya çocuk tercihi doğrultusunda ÖBYG'li ürün veya ÖBYG'siz ürüne dahil edilebilecektir.

Yeni şirket, sigortalının veya sigorta ettirenin daha alt veya dar kapsamlı bir planda sigortalanma talebi mevcut olmadıkça, ömür boyu yenileme garantisi alınan sözleşmenin teminat kapsamını daraltamaz, teminat limitini düşüremez ve sigortalı katılım payını arttıramaz. Ancak ömür boyu yenileme garantisi almış sigortalının tabi olduğu plandan daha üst veya geniş kapsamlı bir plan dâhilinde başka bir şirkete geçiş yapmak istemesi durumunda, ömür boyu yenileme garantisi hakkı geçiş yapılacak yeni şirket tarafından yeniden değerlendirilir. Poliçe yenileme dönemleri arasında aynı plan ile en fazla 1 aya kadar geçen süreler hariç olmak üzere kesintisiz olarak 3 yıl sigortalı olunması ve bu süre boyunca ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklardan ötürü ödenen toplam tazminatların bu süre boyunca alınan toplam primlere oranının %80'in altında olması şartlarını sağlamamasına rağmen Ömür Boyu Yenileme Garantisine sahip olan sigortalıların geçiş işlemlerinde, yeni şirketin Ömür Boyu Yenileme Garantisinin devamı konusunda değerlendirme hakkı saklıdır.

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

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.

Sigortacı da Grup Sağlık Sigorta Kapsamında Olan Sigortalıların Bireysel Sağlık Poliçesine Geçişleri;

İlk kayıt tarihi 01.01.2026 tarihinden önce olan sigortalılarda geçerlidir: 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/bağımlılarının; 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 sigortalı olabilir.

İlk kayıt tarihi 01.01.2026 tarihinden sonra olan sigortalılarda geçerlidir: 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 sigortalanmış olan personel/bağımlılar sözleşme kapsamından çıktığı tarihten itibaren en geç 1 ay içerisinde en son sağlık sigorta sözleşmesindeki aynı veya benzer teminatlı plan alınması halinde; Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunmayan sigortalı risk değerlendirmesi yapılarak ve ilk kayıt tarihi korunarak, tüm aile bireyleri ile birlikte sigortalı olabilir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkına sahip sigortalı aynı şirket nezdinde aynı veya benzer bireysel bir plana dâhil olması hâlinde ÖBYG hakkının korunması esastır. Ancak sigortalının daha üst veya geniş kapsamlı bir plana geçmek istemesi halinde ÖBYG hakkı Sigortacı tarafından yeniden değerlendirilebilir. Sigortacı bu değerlendirme sonucunda kişinin ÖBYG hakkının devam etmemesine karar verebilir.

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.

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 itibari ile ömür boyu yenileme garantisine son verme ve/veya yeniden risk değerlendirmesi yapma hakkına sahiptir.

Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisinin Korunması;

İlk kayıt tarihi 01.01.2026 tarihinden önce olan sigortalılar için geçerlidir: Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, 1 aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Türkiye Sigorta A.Ş.'de bireysel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerden Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı devralınmayan ya da önceki şirketinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmeyen kişilerin 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

durumunda Sigortacı tarafından belirlenecek şartlar dâhilinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı kazanırlar.

Değerlendirme sonucu Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını kazanmama, sigorta kapsamına alınmama, istisna ve/veya hastalık sürprimi uygulama veya koşulsuz alınabilmesi Sigortacının kararına bağlıdır.

Diğer şirket geçişlerinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı almamış sigortalılar için Sigortacı'nın belirlemiş olduğu ÖBYG kriterleri geçerli olacaktır.

İlk kayıt tarihi 01.01.2026 tarihinden sonra olan sigortalılar için geçerlidir: Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, Türkiye Sigorta'da tamamlayıcı sağlık sigortası

yaptırmak isteyen kişiler; Türkiye Sigorta A.Ş.'de aynı plan ile kesintisiz 3 yıl sigortalı olunması poliçe yenileme dönemleri arasında aynı plan ile en fazla 1 aya kadar geçen süreler hariç olmak üzere kesintisiz olarak 3 yıl sigortalı olunması şartını sağlayarak ömür boyu yenileme garantisi alan sigortalının Sigortacıya geçişinin kabul edilmesi hâlinde, ömür boyu yenileme garantisi devam eder. Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış sigortalının tabi olduğu plandan daha üst veya geniş kapsamlı bir plan dâhilinde geçiş yapmak istemesi durumunda, ömür boyu yenileme garantisi hakkı Sigortacı tarafından yeniden değerlendirilir.

Poliçe yenileme/geçiş dönemleri arasında aynı plan ile en fazla 1 aya kadar geçen süreler hariç olmak üzere kesintisiz olarak 3 yıl sigortalı olunması ve bu süre boyunca ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklardan ötürü ödenen toplam tazminatların bu süre boyunca alınan toplam primlere oranının %80'in altında olması şartını sağlamamasına rağmen ömür boyu yenileme garantisine sahip olan sigortalıların geçiş işlemlerinde, Sigortacının ömür boyu yenileme garantisinin devamı konusunda değerlendirme hakkı saklıdır.

Diğer şirketlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı olan kişilerin bu haklarının şirketimizdeki poliçeye devri için, Sigortalı adaylarının Tamlayıcı Sağlık Sağlık Başvuru formu sağlık beyanları, önceki sigorta şirketinden alınan geçmiş sigortalılık bilgileri ve 36 ay kesintisiz poliçenin devam etmesi kriterlerine göre değerlendirilir.

Değerlendirme sonucu Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kriterini sağlamayan sigortalıya ömür boyu yenileme garantisi hakkı vermeme, sigortalı adayını sigorta kapsamına almama, istisna ve/veya hastalık sürprimi uygulama veya koşulsuz alınması sigortacının kararına bağlıdır.

Diğer şirket geçişlerinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı almamış sigortalılar için Sigortacının belirlemiş olduğu ÖBYG kriterleri geçerli olacaktır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkının Değişmesi;

Sigortalının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunduğu veya sigorta teminatlarının kötü niyetle kullanıldığının 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.

8.1. 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 itibarıyla 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.

9. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

Bu poliçenin geçerli olduğu Sigortacı'nın anlaşmalı sağlık kurumlarında poliçe teminat kapsamı dahilindeki ayakta ve yatarak tedavilerde yapılacak sağlık giderlerine ait faturalar; kuruma verilecek provizyon onayı sonrasında sigortacı tarafından doğrudan kuruma ödenecek, provizyona konu evraklar ve faturalar ilgili kurum tarafından sigorta şirketine gönderilecektir.

Sigortalı'nın Sigortacıdan provizyon onayı almayıp, kendi yaptığı Yatarak Tedavi ve Ayakta Tedavi kapsamında değerlendirilen sağlık harcamalarında, SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması ve tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması halinde poliçe de yazılı limit ve katılım oranında teminat kapsamında değerlendirilir.

Sosyal Güvenlik Kurumu şartı gereği ayakta tedavilerde doktor muayene ve diğer tanı işlemlerinin tümünün aynı kurumda yapılması gerekmektedir.

Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet (sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kaza tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb. tüm belgeler bulundurulmalıdır.

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, 'halefiyet ilkesi' gereği Sigortacı ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanabilmesi için sigortalı, Sigortacı ya her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür. (Hakların Devri İlkesi)

9.1 Tazminat Talebinde Sigortacı Tarafından İstenen Belgeler

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

9.1.1 Medula Takip Numarası

9.1.2 Yatarak Tedavi Teminatı Giderleri

Anlaşmalı sağlık kurumlarında 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.

9.1.3 Küçük Müdahale Teminatı Giderleri

Yatış nedenini gösterir müşahade raporu

Girişim doktor raporu

Patoloji sonucu
 Epikriz
 Dökümlü fatura

9.1.4 Doktor Muayene Teminatı Giderleri

Doktor serbest meslek makbuzu ya da fatura
 Doktor branşını gösterir kaşeli ve imzalı reçete aslı

9.1.5 İleri Tanı Yöntemleri Teminatı Giderleri

Doktor istem kâğıdı
 Şikayet, tanı belirtir doktor raporu
 Fatura
 Tetkik sonuçlarının raporları

9.1.6 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

9.1.7 Doğum Teminatı Giderleri

Doğum Belgesi ve doktor raporu
 Dökümlü fatura
 Ameliyat raporu ve epikriz

9.1.8 Tazminat Ödeme Süresi

Sigortalı faturasının poliçe şartlarına uygun olvaran kısmına ait ödeme 9.1 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.

10. RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME

Sigorta şirketi, yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı, SAGMER'e iş bu Sigorta Poliçesindeki sigortalılara ait poliçe ve sağlık bilgilerini ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi, iş bu sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında şirketçe alınmış her türlü bilginin (hasar, teminat detayları, sağlık bilgileri, kişisel bilgiler vb.) talep edilmesi durumunda resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmiş sayılmaktadır.

11. PRİM TESPİTİ

11.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

11.1.1. Tarife Primi

Tarife primleri, ilgili sigortacılık mevzuatına uygun şekilde aktüeryal metotlar ile hesaplanır. Bu hesaplamada, şirket sigortalı portföyünün yaş, cinsiyet dağılımı, sağlık giderinin kullanılacağı il, 'Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılan değişiklikler ve teminat kullanım sıklığı ile medikal enflasyon (TTB'ye bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırmadaki değişim, özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç ve malzeme fiyatlarındaki değişim, teknolojiye 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. Sigortacı, 'Sağlık Tarife Primi'ni periyodik aralıklarla portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak değiştirebilir.

Sigorta Ettirenin Poliçe primini peşin veya taksitler halinde ödeyebilir. Hangi vade ve tutarlarda ödeyeceği poliçe üzerinde belirtilir ve sigortalı bu ödeme planı doğrultusunda prim ödemelerini yapar.

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

11.1.2. Poliçe Primi

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

11.2.Prime İlişkin Düzenlemeler

11.2.1.Tazminatsızlık İndirimi ve Arttırımı

Sigortalının yenileme koşullarına göre sözleşmesini devam ettirmesi halinde, hasar / prim oranına göre yeni sözleşmesinde tazminatsızlık indirimine veya arttırımına hak kazanır. Tazminatsızlık indirimi ve arttırımı bir poliçe içerisinde yer alan her bir sigortalı için ayrı ayrı değerlendirilir ve uygulanır.

Bir yıllık poliçe süresi içinde sağlık gideri harcaması toplam primin;

%0-50,00 arasında olması durumunda yenileme döneminde %10 indirim,

%100,00'ün üzerinde olması durumunda yenileme döneminde %30 ek prim uygulanacaktır.

Sigortacının poliçe yenileme döneminde, hasar prim oranına ve/veya risk kabul kriterlerine göre poliçeyi yenilememe hakkı saklıdır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi alan sigortalılara tazminata göre artırım uygulanmamaktadır.

11.2.2.Prim Fark Zeyili

Poliçe yenilendikten sonra, bir önceki poliçe dönemine ait yapılacak tazminat ödemelerinin sigortalının tazminat / sağlık net prim oranını değiştirerek yenilenen poliçenin primini arttırması durumunda Sigortacı oluşacak fark primini, sigorta ettirenden zeyilname ile talep eder.

11.2.3. 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.

11.2.4. Aile İndirimi

Aile poliçelerinde en az 2 aile bireyinin sigortalanması durumunda poliçede belirtilen Aile indirimi (Doğum ve Hamilelik Teminatı hariç) uygulanır. Aile poliçesinde en az 1 ebeveyn sigortalanması gerekmektedir. 2 kardeş aile poliçesi oluşturmamaktadır.

10.2.5 Affinity İndirimi

Sigortacı tarafından, belirli kurum ve kuruluşların çalışanları ve/veya birinci derece yakınlarına yönelik dönemsel olarak düzenlenecek poliçelerde indirim uygulanabilir. Söz konusu indirim ilişkili usul ve esaslar ile indirim kriterleri, Sigortacı tarafından hazırlanacak ek protokolde düzenlenir.

10.2.6 Kampanya ve Diğer İndirimler

Sigortacı, dönemsel olarak düzenleyeceği kampanyalar ve benzeri uygulamalar kapsamında indirimler sunabilir. Sigortacı, söz konusu indirimleri uygulama, kapsamını belirleme, değiştirme veya kaldırma hususlarında takdir hakkını saklı tutar.

12. SİGORTANIN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Sigortalı, vadesi dolan Türkiye Sigorta tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesi 60 gün içinde yenilenmelidir. Poliçe yenilemesinin 60 günü geçmesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalanan bir müşteri olarak kabul edilir.

İlk kayıt tarihi 01.01.2026 tarihinden önce olan poliçeler için; yenilemede risk analizi değerlendirme sonucu katılım payı, muafiyet, üst limit, medikal ek prim uygulanabilir veya sigortalanamayabilir.

Yeniden Risk Değerlendirmesi Yapılmaksızın Teminat Verilmesi Garantisi, 23.10.2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği hükümlerine tabidir ve aşağıdaki şartlar dahilinde yapılacaktır.

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.

" Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı kazanan sigortalıların mevcut üründe devam etmesi durumunda tekrar risk analizi değerlendirmesi (kapsam dışı, üst limit, ek prim ve katılım payı vb.) yapılmaz. Ancak sigortalının " Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı kazandıktan sonra farklı bir ürün/plana geçmek istemesi durumunda sigorta şirketince yeniden risk analizi yapılır ve şirketçe uygun bulunması durumunda söz konusu ürüne geçiş yapılabilir.

01.01.2026 tarihinden önce düzenlenen mevcut poliçeye ara dönem girişleri veya yenileme dönemi birey eklenmesi halinde 01.01.2026 tarihinden önce sigortalanan kişilere uygulanan ÖBYG değerlendirme koşulu geçerli olacaktır.

İlk kayıt tarihi 01.01.2026 tarihi sonrası kişiler de geçerli olmak üzere Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesinin yapılabilmesi için;

Türkiye Sigorta A.Ş.'de aynı plan ile poliçe yenileme dönemleri arasında en fazla 1 aya kadar geçen süreler hariç olmak üzere kesintisiz olarak 3 yıl sigortalı olunması koşulunu yerine getiren sigortalılara sağlık durumu ile ilgili risk değerlendirmesi yapılır. Bu değerlendirme sonucunda sigortacı hastalık ek primi, limit, sigortalı katılım payı uygulayabilir, mevcut veya riskli hastalık ve rahatsızlıklarını teminat kapsamı dışında bırakabilir veya standart özel şartlarla Ömür Boyu Yenileme Garantisi verebilir.

Sigortacının sunduğu ömür boyu yenileme garantisi taahhüdü içeren ilk sözleşmede, ömür boyu yenileme garantisine ilişkin bilgiler ve değerlendirme şartları açıkça belirtilir ve sonradan sigortalı aleyhine değiştirilemez. Şirket, sözleşmede belirteceği değerlendirme şartlarına uygun olanlara ömür boyu yenileme garantisi verir. 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 tazminatsızlık indirim oranları uygulanarak hesaplanır. Ömür Boyu Yenileme

Garantisi verildikten sonra hastalık ek primi uygulanmaz ve daha önce uygulanmış hastalık ek prim oranı değiştirilemez.

Sigortacı, sigortalının ömür boyu yenileme garantisi aldıktan sonraki dönemde ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamını daraltamaz, teminat limitini düşüremez, sigortalı katılım payını arttıramaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapamaz. Ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü hastalık ek primi uygulayamaz. Ödenen tazminatların sözleşme primine oranına bağlı ek prim uygulayamaz.

Ömür boyu yenileme garantisi hakkı kazanılmış olsun veya olmasın plan ve/veya network değişikliği işlemlerinde daha üst veya geniş kapsamlı plan ve/veya networke geçilmesi halinde Sigortacının, başvuru ret etme, şartlı kabuller (limit, ek prim, katılım payı, vb.) uygulayarak kabul etme hakkı saklıdır. Ömür boyu yenileme garantisi hakkı alan sigortalılarda daha üst veya geniş kapsamlı bir plana geçmesi durumunda ÖBYG hakkının devam edip etmeyeceği Sigortacı tarafından yeniden değerlendirilir.

Sözleşmenin aynı plan ile yenilenmesi veya daha alt veya dar kapsamlı bir plana geçilmesi durumunda önceden uygulanan bekleme süreleri ve ÖBYG'ye ilişkin kazanımlar korunur.

Yeni planın “daha alt veya dar” veya “daha üst veya geniş” kapsamda olup olmadığına ilişkin yapılacak değerlendirmede; teminat kapsamı, teminat limitleri ve Sigortacı'nın ödeme yüzdesi veya Sigortalı katılım payı, poliçede yazılan hususlar ve anlaşmalı sağlık kuruluşu ağı(network) göz önünde bulundurulur.

Sigortalının ÖBYG taahhüdü içeren bir sözleşme kapsamında sigortalanması veya bu garantiyi kazanmış olması sigortacının 6102 sayılı Kanun kapsamındaki sigorta ettiren, sigortalı veya temsilcinin yanlış beyanından kaynaklanan haklarının kullanımı için bir engel teşkil etmez.

ÖBYG değerlendirmesi sonrası, garantinin kazanıldığı sigortalılık dönemine ait tazminat taleplerinin Sigortacıya daha sonra ulaşması durumunda sigortacı yeniden değerlendirme yapabilir.

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 itibari ile ömür boyu yenileme garantisine son verme ve/veya yeniden risk değerlendirmesi yapma hakkına sahiptir.

Ana teminatlar haricinde sunulan ek teminatlar ve sağlanan ek faydalar ÖBYG kapsamında değildir.

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.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan sigortalının son kullandığı ürün poliçe yenileme döneminde Sigortacı tarafından yürürlükten kaldırılmış ise mevcut poliçe teminatlarına ve anlaşmalı sağlık kurum ağına en uygun Sigortacı'nın muadil bir ürün ile poliçe yenilemesi yapılır. Böyle bir durumda sigortalının mevcut Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı saklı tutulacaktır.

12.1 Ömür Boyu Yenileme Garantisi Olmayan Üründen Ömür Boyu Yenileme Garantisi Olan Ürüne Geçişler

Sigortalının, yenileme döneminde Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunmayan bir üründen Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunan bir ürüne geçiş talebinde bulunması halinde, sigortacı risk değerlendirmesi yapma hakkına sahiptir. Sigortacının söz konusu ürün değişikliğini kabul etmesi durumunda, Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunan ürüne giriş tarihi, Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesinde esas alınan sigortalılık süresinin başlangıç tarihi olarak kabul edilir.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

Poliçenin iptal olması veya sigortalının poliçeden çıkması durumunda, Sigortacının sigortalıya verdiği taahhütleri son bulur.

13.1. Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal

Sigorta ettiren/Sigortalı, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar, veya kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini, vade günü bitimine kadar, ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi hâlinde Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır.

Sigortalının/sigorta ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigorta ettirene iade edilir. İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

İptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, sigortacının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır.

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, 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.

Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hâle gelir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen birey çıkışı (eş, çocuk) taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

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.

13.3. Diğer Sözleşme İptalleri ve Poliçeden Çıkış İşlemleri

Sigorta Ettiren/ Sigortalı tarafından sigortalının geçmiş ve mevcut rahatsızlık hastalıkları ilişkin sağlık durumu ile ilgili tüm bilgileri tam ve açık olarak Sigortacı'ya bildirmesi esastır. Sigortalının poliçe başlangıç tarihi öncesi bilinen, fark edilen, tanısı konan veya başlangıcı sigortalılık öncesine dayandığı sonradan belirlenen her türlü hastalık, sakatlık, rahatsızlık giderleri için Sigortacının ara dönem risk değerlendirmesi yaparak başvuruyu standart şartlarla ya da ek şart (ek prim, istisna, limit, katılım vb.) uygulayarak kabul etme veya başvuruyu reddetme hakkı bulunmaktadır.

Sigortacı önemli olan bir husus bildirilmemiş veya yanlış bildirilmişse, sigortacı 15 gün içinde sözleşmeden cayabilir veya prim farkı isteyebilir. İstenilen prim farkının 10 gün içinde kabul edilmemesi hâlinde sözleşmeden cayılmış kabul edilir.

14. RÜCU VE İSTİRDAT HAKKI

Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel Şartlara göre ödediği sağlık giderinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

Sigortacı, Sigortalı / Sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlar'ına veya sigortalı/sigortalılar hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı/ sigortalılardan talep hakkı bulunmaktadır.

Sigortalı/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 anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle Sigortacının bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

15. BİLGİLENDİRME

Sigortacı, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı, 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 15(onbeş) gün önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya yazılı veya kalıcı veri saklayıcısı aracılığı ile bilgilendirme yapar. Ömür boyu yenileme garantisi taahhüdü kapsamında yenilenen poliçelerde, ÖBYG değerlendirme şartlarına uygunluk durumu hakkında bilgilere yer verilerek Sigortalının ÖBYG kazandığı durumda, yenilenen her poliçede ömür boyu yenileme garantisinin mevcut olduğu yazılır.

Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan sigorta ettiren veya sigortalının vermiş olduğu iletişim bilgilerini esas alır.

Ancak bu iletişim bilgisinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı veya 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 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 Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK), 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.