

CANKURTARAN ACİL DURUM SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

TÜRKİYE SİGORTA (İş bu özel şartlarda bundan sonra 'Sigortacı' olarak adlandırılacaktır.) Sigortacı, Sigorta Ettiren'in başvuru formunda verdiği bilgilere göre belirlenen primin ödenmesi ve Sigorta Poliçesi'nin ayrılmaz eklerinde yer alan taahhütlerin yerine getirilmesi koşulu ile başvuru formunda adı geçen Sigorta Ettiren ile anlaşarak Sigortalı'nın Teminat Kapsamı'nda belirlenen sağlık masraflarını karşılamayı kabul eder.

Sigorta Poliçesi, Sigorta Ettiren / Sigortalının doldurup imzaladığı ve Sigortacının kabul ettiği Başvuru

Formu, Sağlık Sigortası Genel Şartları, Özel Şartları, Sertifika, Tanıtım Kartı, Sertifika ve Anlaşmalı Kuruluş bilgilendirme yazısından meydana gelmektedir.

SİGORTANIN KONUSU

Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ek olarak sigortalının acil bir durum halinde, Türkiye Cumhuriyeti sınırları dahilinde ve Sağlık Bakanlığınca ruhsat verilmiş her tür özel veya resmi sağlık kuruluşunda yatarak ve/veya ayakta hasta olarak tedavisi için gerekli olan masrafları aşağıda yazılan özel ve genel şartlar ve poliçede belirtilen limitler dahilinde ödenir.

Sigorta teminatı sadece sigorta poliçesinde yer alan kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler teminattan yararlanamazlar.

MADDE 1 - TANIMLAMALAR

Bu Sigorta Sözleşmesi metninde kullanılan, koyu harflerle yazılmış sözcükler, deyimler ve kısaltmalar aşağıda belirtilen anlamları taşımaktadır.

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.

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 Kurumlarında kadrolu veya kadrosuz çalışan doktorlar. Araştırma ve Deneysel 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 Mevcut Hastalık/Rahatsızlık:

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)

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 .

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:

Police başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan şikayet 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 police özel/genel şartları doğrultusunda ödenebilir kısmı.

Kaza:

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

Özel Şartlar:

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

Police:

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

Sağlık Gideri Teslim/ Talep Formu :

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

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 başvurdıkları tarihte, 0-70 (dahil) yaş arasında olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir. Çocuklar, bekar 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.

Sigortalı Kartı:

Sigortalının adına tanzim edilerek bu Sigorta Sözleşmenin ekinde sunulan ve Anlaşmalı Kurumlarda ibraz edilmesi zorunlu olan kişiye özel kart. (Sigortalı kartı poliçeye ilk girişte verilir, yenilemelerde aynı kart kullanılır.)

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 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 Tarihini ifade eder.

Yıllık Toplam Limit:

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

MADDE 2- SİGORTA SÖZLEŞMESİ

Sigorta Ettiren ve Sigortalı'nın Sağlık Sigortası Genel Şartları, Özel Şartlar, Limitleri, İstisnaları ve Özel İstisnaları, Teminat Kapsamı, Poliçe, Teminat tablosu ve bu belirtilenlerin eklerinden oluşan (burada Sigorta Sözleşmesi olarak adlandırılacaktır), Sigortacı ve Sigorta Ettiren arasındaki anlaşmalardır.

Sigorta Sözleşmesi'nin geçerli olduğu süre içerisinde yapılacak bütün değişiklik ve ilaveler, yazılı olarak talep edilmesi ve karşılıklı olarak mutabık kalınması halinde geçerlidir. Sigortacı tarafından yazılı olarak kabul edilmeyen değişiklik veya ilaveler geçerli değildir. Sigortacı her türlü ret kararını yazılı olarak Sigorta Ettiren/Sigortalı ya bildirir ve Sigortacı, Sigorta Sözleşmesi nin bitmesinden sonra yineleme sırasında özel şartlarda, Teminatlarda ve primlerde değişiklik yapabilir.

MADDE 3- TEMİNAT KAPSAMI**3.1. KAPSAM**

Sigortalı için Teminat Kapsamı, Sigorta Sözleşmesi ve Teminat tablosunda belirtilmektedir. Sigorta Sözleşmesi, Sigortalı'ya verilen Teminat'ların kapsamını, her hizmet ya da Teminat düzeyinde tazminatın temelini, sınıfını, limitlerini, teminat yüzdesini, asgari muafiyeti, Sigortacının katılım payını, özel istisnaları ve uygulanabilecek bütün özel şartları, sağlık hizmetlerinin türünü, Anlaşmalı Kuruluşları ve Teminat Bölgesini belirtir.

Sigortalının Kabul Edilebilir Tazminatlarının, bu Sigorta Sözleşmesi yürürlükteyken gerçekleşmiş olması gerekir. Sigorta Sözleşmesi'nin iptali veya Sigortalı'nın Sigorta Sözleşmesi Teminat'larından çıkartılması halinde iptal/çıkarılma tarihinden sonraki hastane tedavilerinin masrafları hiç bir koşul aranmaksızın karşılanmaz.

3.2. TEMİNAT KAPSAMINA DAHİL ACİL DURUMLAR

Aşağıda listesi verilmiş olan durumlar ve hastalıklar acil durum olarak nitelendirilir ve bu ürünün teminat kapsamında değerlendirilir.

3.2.1. Suda boğulma:

Solunum ya da kalp durması durumları veya hastanın genel durumda boğulmaya yol açacak derecede

akciğerlere su girişinin olduğu durumlar.

3.2.2. Trafik kazası sonucu yaralanma:

Omurga yaralanmaları ve kanamalı kırıkların olduğu akut durumlar. O an için hastanın durumunu etkilemese bile iç kanamaya yol açabilecek ciddiyette göğüs, karın ya da kafa travmaları. Vücutta büyük kanamaya yol açan; araç parçalarının yol açtığı kesici, delici yaralanmalar.

3.2.3. Terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklanma, kavgaya vb.

(kendisinin olayın hazırlayıcısı ya da tarafı olmadığı kazaen maruz kaldığı durumlarda geçerli)

3.2.4. Yüksekten düşme:

Omurga yaralanmaları ve kanamalı kırıkların olduğu akut durumlar. O an için hastanın durumunu etkilemese bile iç kanamaya yol açabilecek ciddiyette göğüs, karın ya da kafa travmaları. Vücutta büyük kanamaya yol açan; araç parçalarının yol açtığı kesici, delici yaralanmalar.

3.2.5. Ciddi iş kazaları, uzuv kopmaları:

2. maddedeki durumlara ek olarak yapılan işe has acil durumlar. Örn: Zehirli gazların solunması, kimyasal maddelerin içilmesi ya da kişinin üzerine dökülmesi, parmak, el, ayak, kol veya bacağın kısmen ya da tamamen kopması.

3.2.6.Elektrik çarpması:

Yanık, organ hasarı yapabilecek ya da kalp ritmini bozabilecek derecede ciddi elektrik çarpmaları.

3.2.7.Donma, soğuk çarpması:

Hayati fonksiyonları etkileyecek şoka götürebilecek, uzuvlarda kangren yapabilecek derecede soğuğa maruz kalınması.

3.2.8.İsı çarpması:

Kalp ritmini, tansiyonu ya da bilinç durumunu etkileyecek derecede güneş etkisinde ya da sıcak ortamda kalma durumları.

3.2.9.Ciddi yanıklar:

Büyük sıvı kaybına, organ kaybına ya da cilt hasarına yol açabilecek genişlikte ateş, kimyasal madde, elektrik vb. yanıkları. Solunum yollarında daralmaya yol açabilecek derecede duman ya da sıcak hava solunmuş olması.

3.2.10.Ciddi göz yaralanmaları:

Gözde hasara yol açabilecek ciddiyette kesici, delici alet yaralanması, kunt travma ya da kimyasal madde teması.

3.2.11.Zehirlenmeler:

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.

3.2.12.Anafilaktik Şok:

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

3.2.13.Travma sonucu omurga ve alt-üst ekstremitte kırıkları:

Büyük dış veya iç kanamaya yol açan bacak kırıkları ve her türlü omurga kırıkları

3.2.14.Kalp krizi, hipertansiyon krizleri:

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

3.2.15.Akut solunum problemleri:

Ciddi solunum yetersizliğine yol açabilecek suda boğulma, yabancı cisim yutma, alerjik reaksiyon, solunum yolu yanıkları.

3.2.16.Şuur kaybına neden olan her türlü organik kusur:

Kişinin bilinç durumunda bozulmaya yol açabilecek bayılma, kalp travması gibi durumlar.

3.2.17.Ani felçler:

Beyin kanaması, omurga yaralanması vb. nedenlerle kişinin uzuvlarının ya da tüm vücudunun hareket kabiliyetini ya da hissetme kabiliyetini yitirmesi.

3.2.18.Ciddi genel durum bozukluğu :

Besin yetersizliği, yetersiz bakım, uzun süren ağır hastalık, yaşlılık vb. nedenlerle kişinin sağlığının genel anlamda tehlikeli olabilecek derecede bozulması.

3.2.19.Yüksek ateş 39.5 °C ve üzeri:

Zehirlenme, infeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konvizyona (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede yükselmesi. Ortalama 39,5°C ve üzeridir .

3.2.20.Diabetik ve üremik koma:

Diabet (şeker hastalığı) ve bölerek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar.

3.2.21.Genel durum bozukluğunun eşlik ettiği dializ hastalığı:

3.2.22.Akut batın:İç organların (Mide, barsak gibi) delinmesi, barsak tıkanması ya da düğümlenmesi, safra yollarının taş veya iltihap nedeniyle tıkanması, apandist, pankreatit gibi ciddi organ iltihaplanmaları, barsak ya da periton arterlerinde tıkanma vb. gibi acil cerrahi müdahale gerektiren, karın içi organlarla ilgili hastalıkların ortaya çıkması.

3.2.23.Akut masif kanamalar:

Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar.

3.2.24.Menenjit, ensefalit, beyin apsesi:

Sinir sistemi fonksiyonları dolayısıyla da yaşamsal fonksiyonları etkileyebilecek bilinç durumunda değişikliklere yol açabilecek beyin ve beyni çevreleyen zarla ilgili iltihabi, infektif hastalıklar.

3.2.25.Renal kolik:

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

MADDE 4- TEMİNAT TANIMLAMALARI

Teminat Kapsamında olan Acil Tıbbi Durumlar kısmında belirtilen bir durumdan dolayı Hastaneye yatırılmayı veya Günlük Hastane İşlemlerini ya da Acil hizmetleri ile ilgili olarak aşağıda belirtilen tedavi harcamalarını Yıllık Toplam Limit dahilinde karşılar.

4.1.Acil Cerrahi Yatış Teminatı

Acil durum nedeni cerrahi müdahale ve/veya yatış gerektiren durumlarda, cerrahi müdahale ve/veya yatışa ilişkin ameliyathane, operatör, narkozitör, asistans, narkoz, ilaç ve sarf malzemeleri giderleri poliçede yazılı limit ve ödeme % si dahilinde ödenir.

4.2. Acil Dahili Yatış Teminatı

Acil durum nedeni ameliyatsız yatışlara ve/veya sigortalının yatmasını gerektirmeyen cerrahi ve ortopedik müdahalelere ait konsültasyon ve doktor ücreti, kan ve kan plazması dahil gerekli malzeme, oksijen, anestezi, alçı ve dikiş uygulaması, kullanılması doktorca gerekli görüşen standart korse ve ortopedik destekleyiciler, bandaj, sargı, pansuman, enjeksiyon vb. giderleri, elektrokardiyografiler, röntgen, MR, tüm diagnostik laboratuvar testleri ve hasta bakım hizmetleri giderleri poliçede yazılı limit ve ödeme % si dahilinde ödenir.

4.3.Oda Yemek Teminatı

Acil durum nedeni ile sigortalının hastanede yattığı her tam gün için oda-yemek ve hemşirelik hizmetlerine ait giderler poliçede yazılı limit ve ödeme % si dahilinde günlük olarak ödenir. Bu teminat yıllık 30 güne sınırlıdır.

4.4.Yoğun Bakım Teminatı

Acil durum nedeni ile sigortalının hastanede yoğun bakım ünitesinde geçirdiği her tam gün için yoğun bakım hizmetlerine ait giderler poliçede yazılı limit ve ödeme % si dahilinde günlük olarak ödenir. Bu teminat yıllık 30 güne sınırlıdır.

4.5.Ambulans Teminatı

Acil durum nedeni sigortalının hastaneye nakli sırasında kullanılan ambulans giderleri poliçede yazılı limit dahilinde aşağıdaki şartlar paralelinde ödenir.

Sigortalının T.C. sınırları içerisinde teminat kapsamındaki bir hastalık veya kaza nedeniyle bulunduğu yerden yerel ruhsatlı bir kara ambulansı ile en yakın tam teşekküllü hastaneye taşınması veya sigortalı yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve Sigortacı'nın onaylaması halinde hastaneden eve yada evden hastaneye taşınması için yaptığı masrafları poliçede belirtilen teminat limiti dahilinde temin eder.

Tedavinin Sigortalının bulunduğu il sınırları ve/veya komşu il sınırları içerisinde yapılamaması durumunda, Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kuruluşuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda şirkete detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve yetkili doktorların onaylaması şartı ile Sigortalı hava ambulansı ile nakledilebilir.

MADDE 5- İSTİSNALAR

5.1- Standart İstisnalar

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2'de belirtilen Teminat dışı hallerden başka, aşağıda belirtilen

durumlar bu Sigorta Sözleşmesinin tüm Teminatları için kapsam dışı tutulmuştur.

5.1.1.Teminat kapsamına dahil olarak tanımlanan acil durumlar dışındaki tüm durumlar ve bunların neticesi,devamlılık arz eden halleri,

5.1.2.Poliçe başlangıç tarihinden itibaren ilk 7 gün içerisinde yukarıdaki teminat kapsamında olsa dahi her türlü acil durum,

5.1.3.Sigorta başlangıç tarihinden önce varolan hastalıklarla ilgili her türlü gider, periyodik devamlılık ve nüks ve komplikasyonlara harcamalar, kronik hastalıklara ait giderler,

5.1.4.Refakatçi giderleri,

5.1.5.Kişinin Anlaşmalı Kurumlara nakli halinde ilgili sağlık kuruluşunun kadrosunda bulunmayan veya kuruluşla dışarıdan anlaşması olan doktorlar tarafından yapılması halinde tedavinin yapıldığı anlaşmalı sağlık kurumu ile Sigorta Şirketi arasında belirlenen hekim ücretini aşan kısım,

5.1.6.Motorsiklet kullanma veya yolcu olarak binme sonucu oluşan durumlar ile dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ya da planör pilotluğu, paraşütlük, parapant, delta kanatla uçuş faaliyetleri ve bunlarla sınırlı olmayan diğer tehlikeli faaliyetler sonucu oluşan durumlar ve lisanslı olarak bir spor faaliyetinin yapılmasından dolayı oluşan durumların tanı ve tedavisi ile ilgili tüm giderler,

5.1.7.Sigortacı Provizyon Merkezi tarafından onaylanmayan Acil Durumlar, özel hemşirelik hizmetleri giderleri,

5.1.8. Hastane Tedavisi dışında kullanılan ve ilaç olmayan her türlü malzeme ve cihaz giderleri,

5.1.9.Anlaşması olmayan kurumlarda tedavi giderlerinin hekim ücretinin TTBÜT belirtilen tutarı aşan kısım,

5.1.10.HIV virüsü, AIDS ve bunlarla ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri,

5.1.11.İntihar ve intihara teşebbüs (Hangi akıl ve ruh hali ile olursa olsun) Psikiyatrik tedavi gerektiren ruh hastalıkları ve psikolojik rahatsızlıklar, Alkolizm, alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halusinojen ve diğer madde bağımlılığı ve bu maddelerin kullanımı sonrası oluşabilecek her türlü rahatsızlık ve oluşan kazalara ait giderler.

5.1.1 2.Sigortacılık mevzuatı ile sağlık sigortası genel şartlarına aykırı düşen tüm haller

5.1.1 3.Organ ve kan naklinde verici ile ilgili masraflar

5.1.1 4. Sigortacı Provizyon Merkezince kabul edilmiş/onaylanmış Acil Durumlar sonrası sigortalının durumunun stabil hale getirilmesinden sonra süre gelen tedavi giderleri

5.1.1 5.Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tanı, tedavi veya her türlü cerrahi müdahalelerdeki hatalar sonucu doğacak sağlık giderleri.

5.1.1 6. Tıp Doktoru olmayan kişiler, diş hekimleri veya Sağlık Bakanlığı çalışma ruhsatı bulunmayan

merkezlerce yapılmış ve/veya istenmiş tanı amaçlı inceleme, tedavi ve muayene giderleri, reçete edilmiş tüm ilaç ve malzemeler

5.1.17.Gereksiz Yatarak Tedavi işlemleri ve belirli bir şikayet ve/veya hastalığa bağlı olmayan, şikayetle ilgisiz yapılan tanı ve tedaviler ile ilgili haecamalar (Poliçe kapsamındaki Check up paketi dışındaki her türlü Check up ve rutin kontrol vb.giderleri)

5.1.18. Poliçenin geçerlilik süresinde adli bir kaza sonucu meydana gelmedikçe,plastik ve rekonstrüktif cerrahi, işitme kusuru cerrahisi, diş-diş eti, kırılma kusuru ve tüm bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri (kaza sonucu oluşsa dahi implant, değerli metal masrafları)

5.1.19. 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)

5.1.20. Alzheimer, yaşlılıktan ileri gelen bunama ile Alzheimer, Parkinson, Sara (Epilepsi) ve bu rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan Antipsikotik, Antisiyolitik, Antikonvülzan ve tüm Psikotrop ilaçlar, ilaç olarak kabul edilmeyen malzemeler, Tarım Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış her türlü madde ve kimyasallar, resmi ithal edilmemiş tüm ilaçlar ile her türlü external protezler ve destek protezleri (Yatarak Tedavi Teminatı bünyesinde değerlendirilemeyecek olanlar), vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacıyla kullanılan vitamin mineral kombinasyonları ve/veya beslenme düzenleyici preparatlara (baston, bileklik, topuk, askılık, evde kullanılan nemlendiriciler, vücuda dışardan takılan cihazlar sargı bezleri, ilaçla alınmayan enjektörler, bantlar, gözlük-lens, lens solüsyonu, diş macunu ağız ve diş bakım preperatları, steril deniz suları,vb.) ait masraflar ile telefon, TV, kafeterya, idari hizmet paramedikal hizmet ve servis ücreti gibi tedavi için gerekli olmayan sair giderler,

5.1.21 . Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş, ileri yaşta ortaya çıksa dahi doğumsal rahatsızlıklar (Konjenital) anomali ve hastalıklar, genetik hastalıklar, her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen hamilelik takibi hariç), yapı bozuklukları, motor mental gelişim ve büyüme bozuklukları, prematüre bebek ve kuvez masrafları).

5.1.22 . 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,

5.1.23. 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.

MADDE 6- COĞRAFI KAPSAM

Bu poliçenin teminatları Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.

MADDE 7- SİGORTA SÜRESİNİN SONA ERMESİNDEN SONRAKİ TEDAVİLER

Poliçe bitiş tarihinden önce hastanede yatarak tedavi teminatı kapsamındaki tedaviler sırasında poliçenin sona ermesi ve yenilenmemesi durumunda, tedavi giderleri karşılanmamaktadır.

MADDE 8 -TAZMİNAT DEĞERLENDİRME VE ÖDEME İŞLEMLERİ

Sigortacı talep ettiği takdirde, Sigorta Ettiren ve Sigortalı, Sigortacıya üçüncü şahıslardan (doktorlar, diş doktorları, sağlık kuruluşları vb.) tazminat değerlendirmesi sırasında gerekli görülen

bilgileri istemelerine ve bu şahısların bilgileri saklı tutma zorunluluğunu bu gibi durumlarda kaldırabilmelerine izin vereceklerdir.

Sigortalı, tedavisi ile ilgili harcamalarını Teminatının geçerli olduğu bölgedeki Anlaşmalı Kuruluşta gerçekleştirmiş ise, Sigortacı Teminat Kapsamındaki hastane masraflarını varsa muafiyet, Sigortalı katılım payı kısmı dışında ve varsa limit dahilinde doğrudan Anlaşmalı Kuruluşa ödeyecektir. Yatarak Tedavi ile ilgili tedavinin Anlaşmasız Doktor tarafından gerçekleştirilmesi halinde, Doktor ücreti her halükarda Sigortalı tarafından ödenir ve sonra Sigortacı dan talep edilir.

Sigortalı tedavisi ile ilgili harcamalarını kendisi ödemiş ise veya harcamalarını Teminatının geçerli olduğu bölgedeki Anlaşmasız Kuruluş ta gerçekleştirmiş ise ve Anlaşmasız Kuruluş ta yapılan harcamaları Teminat Kapsamına dahil edilmiş ise Sigortacı Teminat Kapsamındaki harcamalarını varsa muafiyet, katılım payı kısmı dışında ve limit dahilinde Sigortalıya ödeyecektir.

Tedavi harcamalarını kendisi ödeyen Sigortalı, tazminat talebinde bulunabilmek için tedaviyi uygulayan Doktor tarafından doldurulmuş Tazminat Talep Formunu ve harcama belgelerinin asıllarını Sigortacıya ulaştırmalıdır.

Sigortalının rahatsızlığı ve yapılan tetkik ve tedavi işlemleri doktor raporuyla belgelenmelidir. Sigortacı tazminat değerlendirmesi sırasında incelemek amacıyla gerekli gördüğü belgeleri Sigorta Ettirenden /Sigortalıdan isteyebilir. İnceleme neticesinde poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve sağlık problemi dolayısıyla tazminat ödemesi ret edilirse, Sigortacı gerekçeleriyle ret sebebini yazılı olarak Sigortalı ya bildirir.

Sigorta Ettiren/Sigortalı hastalık ve tedavi hakkında Sigortacı yı yeteri kadar aydınlatmak ve yanıltıcı bilgi vermekten kaçınmak zorundadır. Eksik veya yanlış bilgi sonucu Sigortacı tarafından Anlaşmalı Kuruluşa muvafakat verilmiş ya da tazminat ödenmiş olsa dahi, gerek tedavi sırasında ve gerekse yapılan tedavinin ileriki aşamalarında söz konusu rahatsızlığın ve tedavinin Teminat Kapsamında olmadığına tespit edilmesi halinde Sigortacı tarafından ödenmiş olan tazminatın iadesi talep edilebilir.

Bu Sigorta Sözleşmesi kapsamında talep edilen harcamalardan ödenecek tazminat tutarı, aşağıdaki hususlara göre değerlendirilerek belirlenir.

8.1.Tazminat Talebi Sırasında Yapılacaklar

Acil bir durum nedeni ile hastaneye başvurulması aşamasında Ön Onay Formu doldurularak teminat kapsamında yer alan tazminat ödemelerinin yapılabilmesi için sigortacıya iletilmesi gereken evrak aşağıda belirlenmiştir.

- Dökümlü hastane faturası ve teminat kapsamındaki giderlere ait diğer faturalar,
- Ayrıntılı ameliyat raporu,
- Müşahede dosyası (İstendiği takdirde),
- Patoloji raporu (İstendiği takdirde),
- Teşhis yöntemleri uygulandıysa sonuçları gösterir raporlar.
- Epikriz raporu
- Tazminat taleplerinde operatör ücreti, anestezi ve asistan ücretleri faturalarda ayrı ayrı belirtilmelidir.

Her türlü adli olayda (trafik kazaları dahil) adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, vb.) tazminat talebi ile birlikte sunmalıdır.

Sigortalı, Anlaşmasız Kuruluşlarda gerçekleştirdiği Yatarak Tedavi tazminat tutarlarını önce ilgili kuruma kendisi ödedikten sonra yaptığı bu ödemenin en kısa sürede hesabına yatırılabilmesi için yukarıda açıklanan şekilde tazminat talebine ait rapor ve faturaları sigortacıya ulaştırması gerekmektedir.

Sigortalı faturasının poliçe şartlarına uygun olan kısmına ait ödeme tazminat talebine ait 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.

8.2.Tamnat 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 ve Gözetim Merkezi, Hazine Müsteşarlığı ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumuna ibraz etmekle yükümlüdür.

Acil Durum Sağlık sigortası alan her kişi bu bilgileri resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmektedir.

MADDE 9 PRİM TESPİTİ

9.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

9.1.1.Tarife Primi:

Tarife primleri tüm sektörde kabul gören aktüeryal metotlar ile hesaplanır. Bu hesaplamada, şirket sigortalı portföyünün teminat kullanım sıklığı ile medikal enflasyon (TTB 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 sigortacının tüm sigortalıları için standart primleridir.

9.1.2.Poliçe Primi:

Tarife primleri baz alınarak poliçe primleri oluşturulur. Tarife primi üzerinden Tazminatsızlık İndirimi, Ödeme Planı İndirimi, Aile İndirimi veya herhangi bir indirim uygulanmamaktadır.

MADDE 10- BAŞVURULAR

Bu sigortadan 18-70 yaş arasındaki kişiler yararlanabilirler. Sigorta Ettirenin kendisi veya Personeli, eşi, 18 yaşından küçük evlenmemiş veya tam gün üniversitede okuyan ve serbest ya da ücretli olarak çalışmayan 25 yaşından küçük çocukları 25 yaşına kadar aile kapsamında sigortalanabilirler.

Sigortacı, bu Sigorta Sözleşmesi metnini, bütün Sigortalı'lara eşit şartlarda uygulanması kaydıyla her yeni sözleşmenin Başlangıç Tarihinde Teminat Kapsamı'nı ve primlerini, Sigorta Ettiren'in seçtiği ve Sigortacının bu Sigorta Sözleşmesi ile Teminat altına aldığı Sertifika ile ilgili standart Sigorta Sözleşmesi metnini ve Teminat Kapsamı'nı güncelleştirme hakkını saklı tutar.

10.1.Beyan ve İhbar Yükümlülüğü

Sigorta Ettiren / Sigortalı adaylarının ilk ve sonradan yapacakları bütün başvuruların, Sigortacı tarafından temin edilen özel birey / aile başvuru formları ile yapılması, Sigortalanacak Kişilerle ilgili beyan kısımlarının eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerekir. Sigorta Sözleşmesi için yapılacak her türlü başvurunun yazılı olması şarttır.

Sigortacının ilk ya da daha sonraki başvuruları herhangi bir neden göstermeksizin reddetme, standart şartlarla kabul etme ve/veya özel istisna koyarak özel şartlar altında kabul etme hakkı saklıdır. Başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesinden önce ilk prime mahsup edilmek üzere para alınsa bile, Sigortacı başvuruyu reddetme hakkını saklı tutar, ret edilmiş başvuru için sigorta ettirence ödenmiş kaporayı sigorta ettirene ret sebebini bildiren bir yazıyla birlikte iade eder.

10.2.Yenileme Süresi ve Plan Değişikliği

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 ettirilir.

Yeniden sözleşme yapma başvurusunun, Yineleme şartlarda yapılmaması halinde Standart bekleme süresi için önceki sigortalılık süresi dikkate alınmaz Kayıt tarihi için yeni başvuru tarihi esas alınır. Sigortalı, her poliçe yineleme döneminde başvuru formu doldurmalıdır.

10.3. Yenileme Garantisi

Cankurtaran Acil Sağlık Sigortasında Yenileme Garantisi uygulaması bulunmamaktadır.

10.4. Poliçe Dönemi İçinde 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 tarihin 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 yineleme döneminde başvurulabilir.

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 en geç bir ay içerisinde başvuru formunu doldurarak sigortacıya başvurması gerekmektedir. Sigortacı tarafından yapılacak olan risk değerlendirmesi sonucunda, sigortalanma kararı verildiği takdirde 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 yineleme döneminde dahil olabilir.

MADDE 11- GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Cankurtaran Acil Sağlık Sigortası nda diğer şirketten geçiş, ürünler arası geçiş uygulaması bulunmamaktadır.

MADDE 12- SÖZLEŞMEDE YAPILACAK DEĞİŞİKLİKLER

Sigortacı her sözleşme döneminde özel şartlarını ve tarifesini değiştirme hakkını saklı tutar.

MADDE 13- SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1 Sözleşme İptalleri ve Poliçeden Çıkış İşlemleri

Poliçe primleri vadesinde ödenmediği takdirde , Türk Ticaret Kanunu ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarının 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; bildirim takiben feshedilir Sigorta Ettirenin 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 düzenletilmesi 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 Vefat Durumu

Sigorta kapsamında iken sigortalının vefat etmesi durumunda, vefat tarihi itibarıyla gün esasına göre poliçe kapsamından çıkarılır. Vefat eden kişinin poliçenin sigorta ettireni olması durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. Sigorta ettiren ile poliçede yer sigortalı/sigortalıların farklı olmaları durumunda kanuni varislerinin vereceği onay ile, sigorta ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilir. Kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda ise, sigortacının hak kazandığı pirim gün esası üzerinden 1 3.1 de belirtilen şekilde iade işlemleri gerçekleştirilir.

MADDE 14- SİGORTA ETTİRENİN SORUMLULUĞU

Sigorta Sözleşmesi'nin iptal edilmesi veya Sigortalı'nın Sigorta Sözleşmesi kapsamından çıkması halinde, Sigorta Sözleşmesi kapsamı dışında kalan bu kişiler adına düzenlenmiş evrakların ve Sigortalı tanıtım kartının Sigortacıya iade edilmesi sorumluluğu Sigorta Ettiren'e aittir. Evrakların tam teslim edilmemesinden doğacak kayıplar Sigorta Ettirene rücu edilir.

MADDE 15- KULLANILACAK FORMLAR

ÖN ONAY FORMU : Tazminat taleplerinde kullanılır, sigortalının acil olmayan tedavileri için sigortacıyı haberdar etmek ve ön onay almak için kullanacağı formdur. Bu formun tedaviyi yapan Doktor tarafından doldurulması gerekir.

BAŞVURU FORMU : Poliçeye ilave edilecek sigortalılar için ve poliçe bitiş tarihinde aktif Sigortalıların yinelenmesi için kullanılır; Sigorta Ettiren tarafından doldurulur ve imzalanarak Sigortacıya gönderilir.

YENİDOĞAN BEBEK BAŞVURU FORMU : Poliçe de annenin olması kaydı ve yeni doğan bebeğin 30 günden büyük olmaması şartı ile bu form doğumdan sonra bebeği kontrol eden doktora doldurtturularak, Sigortacı ya gönderilir ve bebeğin anneye aynı teminat grubundan sigortalanması sağlanır.

ZEYİL İSTEK FORMU : Poliçe de herhangi bir değişiklik (adres, telefon no, isim vb) yapılması gerektiğinde kullanılır; Sigorta Ettirence doldurulur ve imzalanarak Sigortacıya gönderilir.

KREDİ KARTI İLE ÖDEME FORMU : Sigorta ettirenin Sigortacıya yapacağı ödemelerde kullanmak üzere kullanabileceği ve Kredi kartı ile ilgili bilgilerin Sigortacıya iletilmesinde kullanılan form

MADDE14- YAPTIRIMLAR

İşbu kloz 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.

MADDE 15 -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 klozlar 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.