

KARMA GRUP SAĞLIK SİGORTASI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

TÜRKİYE SİGORTA (İş bu özel şartlarda bundan sonra 'Sigortacı' olarak adlandırılacaktır.) İşbu Sigorta; Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin, Sigortacının belirlemiş olduğu Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli / protokollü sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmeti alması sırasında oluşabilecek ilave ücretleri poliçede belirtilen plan/lar, teminatlar, ödeme yüzdeleri, muafiyetler yıllık toplam limit dahilinde Sağlık Sigortası Genel Şartları ve işbu özel şartlar dahilinde ödemeyi taahhüt eder.

Sigortalının Genel Sağlık Sigortası müstehaklığı aktif olduğu sürece, Sigortacının bu ürün için belirlediği ve Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı olan kurumlarda/branşlarda geçerli olmak şartıyla, Genel Sağlık Sigortalısının Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanan Sağlık Uygulama Tebliği ("SUT") bedeli üzerindeki ilave masraflar, işbu Özel Şartlar'a bağlı olarak poliçede belirtilen plan/lar, teminatlar, limitler, ödeme yüzdeleri, muafiyetler kapsamında Sigortacı tarafından karşılanır.

GSS müstehaklığını kaybeden kişiler poliçesi yürürlükte olsa dahî, GSS müstehaklığı aktif olmadığı sürece SGK ile anlaşmalı kurumlardan/branşlardan faydalanamazlar.

Sigortacı, sigorta sözleşmesinin yürürlükte bulunduğu süre içerisinde kaza ve/veya hastalık/rahatsızlık sonucu oluşabilecek ve SGK ile anlaşmalı olmayan kurumlarda/branşlarda gerçekleşecek Sigortalı'ya ait sağlık giderlerini, poliçede belirtilen plan/lar, teminatlar, limitler, ödeme yüzdeleri, muafiyetler ve anlaşmalı kurumlar kapsamında İşbu Karma Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları, var ise Ek Protokol, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, Türk Ticaret Kanunu, sigortacılık ve sağlık mevzuatı dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır.

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

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

2. TANIMLAR

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

• Acil Durum:

Kapsam dışı olmayan ani bir hastalık, kaza veya yaralanma sonucu meydana gelen ve hastanenin acil servisinde 24 saat içinde müdahale edilmediği hallerde sigortalının hayatını tehlikeye sokan

durumlardır. Aşağıda Dünya Sağlık Örgütü ve "Sağlık Hizmet Tarifesi" referans alınarak listelenmiş durumlar haricinde ortaya çıkabilecek vakalar "Acil" tanımında değerlendirilmez. (Hastanın durumu stabil hale geldikten sonraki tedaviler acil durum kapsamında değildir.)

Akut Batın,
Akut Hipertansif Atak,
Akut Masif Kanamalar,

Akut Myokard Enfarktüsü (Kalp Krizi) ve ciddi ritm bozuklukları,
Astım Krizi ve Akut Solunum Yetmezliği,
Ciddi allerji, anafilaktik şok,
Donma,
Elektrik çarpması,
Göz yaralanmaları,
Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi
Renal Kolik,
Sıcak/ Güneş çarpması,
Suda Boğulma,
Şuur kaybına neden olan her tür hal,
Trafik Kazası,

Travma sonucu oluşan kırık-çıkık ve yaralanma ve uzuv kopmaları,
2. ve 3. Derece Yanık,
Yüksek ateş (39.5 üzeri),

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

Diabetik-üremik koma
Ani felçler

Sigortacının anlaşmalı olduğu SGK ile anlaşmalı kurum ve branşlarda oluşacak GSS kapsamında karşılanan Acil Durumlar, Triyaj Uygulamasına paralel şekilde değerlendirilir.

Trijaj Uygulaması:

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.

- **Aile:** Evlilik bağına dayanan karı, koca, çocuk / çocuklardan oluşan en küçük topluluk.

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

- **Anti-Aging / Well Being:** Geleneksel ve klinik tıp dışında yaşlanmayı yavaşlatıcı, vücudun bir bütün olarak sağlıklı yaşlanmasını sağlamak amacı ile uygulanan tedavi yöntemleri ve bu tedaviye karar vermek, ölçümlemek için yapılan tetkik ve takip giderleridir.
- **Anlaşmalı Sağlık Kurumu:** Sigortacı adına yapılan bir sözleşmeyle Anlaşmalı Kurum ağını meydana getiren ve bu Sigorta Sözleşmesinin şartlarına uygun olarak Sigortalının Teminat Kapsamında ve limit dahilindeki tedavi giderlerini doğrudan Sigortacıdan almayı kabul eden doktorlar, hastaneler, klinikler, tıp merkezleri, eczaneler, laboratuvarlar, radyolojik tanı ve görüntüleme merkezleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri.
- **Anlaşmalı Doktor:** Anlaşmalı Kurum ağı içerisinde bulunan hastaneler, klinikler ve tıp merkezlerinin kadrolu doktorları.
- **Anlaşmalı Olmayan Sağlık Kurumu:** Sigortalının Teminat Kapsamındaki tedavi giderlerinin doğrudan Sigortacıdan alınmasıyla ilgili özel bir sözleşmesi bulunmayan doktorlar, hastaneler, klinikler, tıp merkezleri, eczaneler, laboratuvarlar, radyolojik tanı ve görüntüleme merkezleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri.
- **Anlaşmalı Olmayan Doktor:** Anlaşmalı Kurum ağı içerisinde bulunan hastaneler, klinikler ve tıp merkezlerinin kadrolu olmayan doktorları ile Anlaşmalı Olmayan Sağlık Kurumları'nda kadrolu veya kadrosuz çalışan doktorlar.
- **Araştırma ve 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 yenilenmesinde yürürlüğe girdiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl.
- **Bitiş Tarihi:** Sigorta Sözleşmesinin süresinin bittiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl.
- **Önceden Var Olan Beyan Edilmemiş Hastalık/Rahatsızlık:** Sigorta Sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında veya öncesinde, var olan ve bilinen herhangi bir şikâyetin veya hastalığın başvuru formunda sorulmuş olmasına rağmen sigortacıya beyan edilmemesi.
- **Önceden Mevcut Hastalık/Rahatsızlık:** Belirtisinin / bulgusunun / şikâyetinin veya teşhisinin ve / veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ile gelişim süreci açısından sigorta başlangıç tarihinden önceye dayalı rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklar (komplikasyonlar).
- **Coğrafi Bölge:** Sigorta Sözleşmesiyle teminat altına alınan durumlarla ilgili harcamaların yapıldığı ülke veya bölge.
- **Çocuk:** Sigortalının kanuni velayeti altındaki çocukları.

- **Doğrudan Ödeme:** Sigortalının poliçesi kapsamındaki teminatları için, anlaşmalı sağlık durumlarında 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.
- **İlave Ücretler:** Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden/ sigortalılardan alınabilecek fark ücretleridir.
- **İlk Kayıt Tarihi:** Sigortalının Sigorta Sözleşmesi ile teminat altına alındığı veya Yenileme tanımında belirtilen koşullarda tekrarladığı ilk Sözleşme ile Teminat altına alındığı gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl. Sigortalının daha kapsamlı Plan/Teminat alması durumunda yeni alınan Teminat için İlk Kayıt Tarihi, yeni teminat planının Başlangıç Tarihi olur.
- **İptal Tarihi:** Sigorta Ettirenin yazılı olarak talep etmesi veya Sigortacı tarafından Genel Şartlarda belirtilen hususlardan dolayı cayma veya fesih nedeniyle bu Sigorta Sözleşmesinin iptal edildiği gün (Türkiye saati ile saat 12:00), ay ve yıl.
- **İstisna:** Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan şikâyet ve hastalıkların, sigortacının risk değerlendirilmesi sonucunda sigorta teminatı dışında bırakılmasıdır.
- **Kabul Edilebilir Sağlık Giderleri:** Sigortalının sağlık harcamalarının, seçilen Teminat Kapsamı
- Limiti, Ödeme Yüzdesi, İstisna vb) ve poliçe özel/genel şartları doğrultusunda ödenebilir kısmı.
- **Kaza:** Sigortalının adli ve tıbbi olarak kanıtlanabilecek bedensel yara almasına neden olan beklenmedik, ani olay.

- **Kazanılmış Hakların Devralınması:** Diğer sigorta şirketinden geçişlerde, sigortalının en az 1 tam yılını doldurması ve /veya bir yıldan fazla kesintisiz sigortalı olması koşulu ile ilk kayıt tarihinin korunması (Doğum Teminatı hariç).
- **Özel Şartlar:** Sigorta Şirketi tarafından Genel Şartlara ilave olarak hazırlanan, sigortacı ve sigortalı/sigorta ettirenin karşılıklı hak ve yükümlülüklerinin belirtildiği yazılı kurallardır.
- **Personel:** Herhangi bir özel kurum ya da kamu kuruluşunda çalışan kişi.
- **Police:** Sigortacı tarafından imzalanarak sigortalı/sigorta ettirene verilen, sigortalı ve sigortacının sigorta sözleşmesinden doğan hak ve borçlarını gösteren belgedir.
- **Risk Değerlendirme:** Sigortalı beyan formuna dayandırılarak, sigorta yapılıp yapılmayacağına, yapılacak ise hangi şart ve primle yapılacağına karar verilmesi işlemlerinin bütünüdür.
- **Sağlık Gideri Teslim / Talep Formu:** Sigortalının tazminat talebinde bulunulabilmesi için eksiksiz olarak doldurarak ilgili harcama belgeleriyle birlikte Sigortacıya vermesi gereken form.
- **Sağlık Hizmet Tarifesi:** Sigortacının sağlık hizmeti veren kurumlarla yaptığı sözleşmelerde tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. (Türk Tabipler Birliği (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV), SUT (Sağlık Uygulama Tebliği), Türk Dış Hekimleri Birliği (TDB) gibi)
- **Sağlık Uygulama Tebliği (“SUT”):** Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan gene! sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğdir.
- **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 sigortalanacak kişilerin adına hareket eden, prim ödemekle yükümlü kişi veya tüzel kişilik.
- **Sigortalı:** Başvurusu sigortacı tarafından kabul edilmiş ve sigortalanmak üzere ilk başvurdıkları tarihte, 0–64 (dâhil) yaş arasında olan ve aile tanımında yer alan kişiler sigorta kapsamına alınabilir. Personelin yeni doğan bebekleri, doğum tarihinden 14 gün sonra (15. gün) sigorta kapsamına eklenebilir.
Çocuklar, bekâr ve öğrenci olması durumunda 25 yaşa kadar ailesi ile birlikte police kapsamında sigortalanabilir.
Yaş hesaplamasında, doğum yılı ile police başlangıç yılı arasındaki fark (ay ve gün hesabı dikkate alınmaksızın) kullanılır.
- **Sigortalı Katılım Payı:** Sigorta Sözleşmesi ekinde verilen Teminat Tablosunda belirtildiği oranda Sigortalının Kabul Edilebilir Harcamalarından üstleneceği katılım yüzdesi.

- **Sosyal Güvenlik Kurumu Katılım Payı (SGK Katkı Payı):** 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda öngörülen ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutarı ifade eder.
- **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 Gerekltirmeyen Hastane Hizmetleri:** Hastanede yapılması gereken ancak yatış gerekltirmeyen inceleme ve işlemlerin, sigortalının hastaneye yatırılarak yapılması.
- **Yenileme:** Sigorta Ettirenin mevcut olan Sigorta Sözleşmesinin bitiş tarihinden önce en erken 30 gün veya Bitiş Tarihinden itibaren en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yaptırmak için Sigortacıya başvurması ve Sigortacı ile Sigorta Ettirenin yeni Sigorta Sözleşmesinin koşullarında mutabık kalarak sigorta süresinin Bitiş Tarihinden itibaren mutabık kalınan yeni koşullarla kesintisiz olarak devam ettirilmesi.
- **Yenileme Tarihi:** Daha önce mevcut olan Sigorta Sözleşmesinin Bitiş Tarihi ile aynı olan yeni Sigorta Sözleşmesinin Başlangıç Tarihi (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl.
- **Doğuştan Gelen Hastalık:** Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır.
- **Zeyilname:** Poliçe yürürlüğe girdikten sonra yapılan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen son durumu gösterir ek sigorta sözleşmesidir.
- **İlk Sigortalanma Tarihi:** Sigortalının özel sağlık sigortası kapsamına ilk giriş yaptığı ve Sigortacı tarafından kabul edilen ilk sigortalanma tarihini ifade eder.
- **Kazanılmış Haklar:** Bu sigorta sözleşmesinde kazanılmış haklar, İlk Sigortalanma Tarihi ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi haklarını ifade eder.
- **Yıllık Toplam Limit:** Sigortalının Sigorta Sözleşmesi süresince Teminat tablosunda belirtilen teminatlarla ilgili harcamaların teminat limitleri dâhilinde Sigortacı tarafından karşılanacak yıllık tutar.
- **Yıllık Toplam Muafiyet:** Sigortalının Sigorta Sözleşmesi süresi içerisinde gerçekleşen Kabul edilebilir Sağlık Giderlerinden, Sigortalının üstleneceği senelik toplam tutar.
- **Pandemi Hastanesi:** Sağlık Bakanlığının 14500235-403.99 sayılı yazısında belirlendiği üzere, bünyesinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları ve iç hastalıkları uzmanlık alanlarından en az ikisinin bulunduğu ve 3. Seviye erişkin yoğun bakım yatağı bulunan

hastaneler Pandemi Hastanesi olarak kabul edilir. Pandemi Hastanesi: Covid-19 tanısı almış (test pozitif) vakaların tedavi sürecinin yapıldığı hastane olarak tanımlanır. (09092020)

3. TEMİNATLAR

3.1. SGK İLE ANLAŞMASI OLMAYAN VEYA SADECE BELİRLİ BRANŞLARDA ANLAŞMALI ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA (SGK İLE ANLAŞMALI OLUNAN BRANŞLAR HARIÇ) GEÇERLİ OLAN TEMİNATLAR

3.1.1. Yatarak Tedavi Teminatları

Sigortalının aşağıda tanımları verilen; Ameliyat, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Dahili Yatış, Yoğun Bakım, Ambulans, Evde Tıbbi Bakım, Kemoterapi–Radyoterapi-Diyaliz, Küçük Müdahale, Suni Uzuv, Yardımcı Tıbbi Malzeme, Rehabilitasyon ile hastanede en az 24 saat yatış gerektiren medikal tedaviler Yatarak Tedavi Teminatları kapsamında ve poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Doğum eylemi ve doğum/hamilelik komplikasyonları bu teminat kapsamında değerlendirilmez.

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

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

Yatarak Tedavi Teminatları sadece yurt içinde geçerlidir.

3.1.1.1. Ambulans

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

Sigortalının acil durumu nedeni ile, detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve sigortacının onayının alınmasını takiben en yakın tedavi merkezine Anlaşmalı Kara Ambulansı ile nakli kapsam dahilindedir. Sigortalının bu hizmetten yararlanması için sigortalı kartının arka yüzünde belirtilen 7/24 ulaşılabilen ACİL TIBBİ DANIŞMA ve AMBULANS HATTI'nı aramaları gerekmektedir.

Sigortalının, hayati tehlike gösteren acil bir hastalık/yaralanma durumunda anlaşmalı ambulans servisi dışında başka bir kurumdan hizmet alması halinde, ambulans giderleri her vakada poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirmeye alınır.

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

Bu teminat yalnızca yurtiçinde geçerlidir.

3.1.1.2. Ameliyat

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

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

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

3.1.1.3. Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi

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

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

Bu teminat yurt dışında geçerli değildir.

3.1.1.4. Evde Tıbbi Bakım

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

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

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

3.1.1.5. Kemoterapi – Radyoterapi – Diyaliz

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

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

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

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

3.1.1.6. Küçük Müdahale

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

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

3.1.1.7. Suni Uzuv

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

3.1.1.8. Yoğun Bakım

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

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

Sigortalının yoğun bakım ünitesinde yattığı süre boyunca refakatçi giderleri ödenmez.

3.1.1.9. Dâhili Yatış

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

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

3.1.1.10. Yardımcı Tıbbi Malzeme

Poliçede bu teminatının alınması 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, işitme cihazı, insülin pompası, yürütme cihazı, koltuk değneği, şeker ve kan yağı ölçme stikleri ve kartuşları vb ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında, poliçede belirtilen Yardımcı Tıbbi Malzeme teminatı limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.1.1.11. Rehabilitasyon

Sigortalının nörolojik hastalıklar, ağır travma, el-kol-bacak amputasyonu vb sonrası yitirdiği yaşam aktivitelerini (koltuk değnekli veya değneksiz yürüme, yeme, içme, elbise giyip çıkarma, tuvalete oturma, merdiven inip çıkma) yeniden kazanabilmesi için kendisine verilen fonksiyonel eğitim (Rehabilitasyon) ile ilgili tüm giderleri, tedavinin yatarak yapılması ve bu durumun sigortacı tarafından kabul edilmesi koşuluyla, poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Ayrıca oda-yemek-refakatçi, doktor takibi vb diğer teminatlar yürürlüğe girmez.

3.1.1.12. Ameliyat Tazminat Teminatı

Poliçe teminat tablosunda ameliyat tazminat teminatının bulunması halinde 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.

3.1.1.13. Hastane Gündelik Tazminatı

Poliçe teminat tablosunda hastane gündelik tazminat teminatının bulunması halinde 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, gündelik iş görememe parası giderleri kapsam dışıdır.

3.1.2. Ayakta Tedavi Teminatları

Poliçede bu teminatın alınması halinde, ayakta tedavi; doktor muayene, ilaç, tahlil, röntgen, ileri tanı yöntemleri ve fizik tedavi teminatlarından oluşur.

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

Bu Teminat yurtiçinde geçerlidir.

3.1.2.1. Doktor Muayene

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

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

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

Diş doktoru muayene faturaları teminat kapsamı dışındadır.

3.1.2.2. İlaç

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

SGK kapsamında doktor muayenesinin sonucu olarak yazılan reçeteler kapsam dahilindedir.

0-6 yaşındaki çocuklar için Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer alan aşılarla ek olarak, rotavirüs, kuduz ve tetanos aşıları bu teminat kapsamındadır.

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

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

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

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

3.1.2.3. Tahlil – Röntgen

Sigorta Sözleşmesinin geçerlilik süresi içerisinde Teminat Kapsamında olan durumlar için doktor tarafından istenmiş, tanı ve şikayetle ilgili olan laboratuvar incelemeleri (kan, idrar tetkikleri gibi) ile röntgen (mamografi ve ilaçlı grafiler dahil), ultrason, doppler ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı

yöntemleri giderleri bu teminattan özel ve genel şartlar dâhilinde poliçede belirtilen teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

3.1.2.4. İleri Tanı Yöntemleri

Sigorta Sözleşmesinin geçerlilik süresi içerisinde Teminat Kapsamında olan durumlar için doktor tarafından istenmiş; tanı ve şikayetle ilgili olan ileri radyolojik tetkikler (BT, MR, PET, nükleer tıp tetkikleri, sintigrafiler vb.) ile gastroskopi, kolonoskopi, bronkoskopi, sistoskopi ve mediastinoskopi gibi endoskopik girişimsel tetkikler, anjiografiler (koroner angiografi hariç),

polisomnografi, treadmill, eforlu EKG, tanısal amaçlı biyopsiler (beyin, böbrek, kemik iliği, akciğer ve karaciğer biyopsisi küçük müdahaleden değerlendirilir) ve küretaj işlemleri (probe küretaj, fraksiyone küretaj, dilatasyonlu küretaj vb.), tanısal laparoskopik artroskopik, histeroskopik işlemler gibi tanı amaçlı incelemeler ile bu tanı yöntemlerinin uygulanması sırasında kullanılan, ilaç, anestezi ve doktor ücretleri, genel ya da lokal anestezi ile yapılmış olmasına bakılmaksızın özel ve genel şartlar dahilinde poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

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

3.1.2.5. Fizik Tedavi Teminatı

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

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

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

3.1.3. Doğum ve Aile Planlaması Teminatı

Poliçede Doğum ve Aile Planlaması teminatının alınması halinde geçerlidir.

3.1.3.1. Doğum (Normal Doğum / Sezaryen ile Doğum)

Sigortalının, hamilelik mutad kontrolleri, normal/sezaryen doğum, düşük, zorunlu tıbbi küretaj, lohusalık ve bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyonlarla ilgili giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dâhilinde bu teminattan karşılanır (amniosentez, anne kanından kromozom tayini (Prenatal Tanı), rhogam bu teminat kapsamında değerlendirilir. Hamilelik rutin kontrolleri poliçede belirtilen teminat limitleri ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır).

Yeni doğan bebeklerin, doğum sonrasında hastanede kaldıkları süre boyunca oluşan yeni doğan rutin masrafları annenin kalan Doğum ve Aile Planlaması Teminatı kapsamında karşılanır.

3.1.3.2. Aile Planlaması

Sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri (vasektomi ve tüp ligasyonu), tedavi amaçlı veya kontrol yöntemi olarak uygulanan RIA bu teminatın %20 sine kadar ödeme kapsamındadır.

Yıllık limitli Doğum ve Aile Planlaması teminatı yurt içinde ve yurt dışında aynı limit ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir. Bu teminat 18-50 yaş arası sigortalılar için geçerlidir, poliçede çocuk statüsünde bulunan sigortalılar için geçerli değildir.

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

3.1.4. Ek Diğer Teminatlar

3.1.4.1. Yurt Dışı Teminatları

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

3.1.4.1.1. Yurt Dışı Yatarak Tedavi

Poliçede bu teminatın alınması halinde, sigortalının kendi isteğiyle veya acil durumlarda yurt dışında oluşabilecek, Ameliyat, Yoğun Bakım Dahili Yatış, Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz, Suni uzuv ile ilgili giderleri Yurt Dışı Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

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

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

3.1.4.1.2. Yurt Dışı Ayakta Tedavi

Poliçesinde bu teminata sahip sigortalının kendi isteğiyle veya acil durumlarda yurt dışında oluşabilecek tanı ve tedavisini bir sağlık kurumunda yatmasını gerektirmediği hallerde yapılan (doktor muayenesi, ilaç, her türlü tahlil - röntgen giderleri, İleri Tanı Yöntemleri) sağlık giderleri Yurt Dışı Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

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

3.1.4.2. Diş Tedavi

Poliçede diş tedavi teminatının alınması halinde, diş doktoru tarafından yapılan diş çekimi, gömülü diş çekimi, dolgu, detraj ve kanal tedavisi gibi tedaviler diş tedavi şeması ile belgelendirilmesi koşulu ile poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dâhilinde diş tedavi teminatı kapsamında karşılanır.

Poliçede diş tedavi teminatının alınması halinde, diş doktoru tarafından düzenlenen reçete ile alınan ilaç giderleri diş tedavi teminatı kapsamında karşılanır.

Estetik amaçlı diş tedavileri, yardımcı alet giderleri, çene ameliyatları, diş ve diş eti ameliyatları, her türlü protez, kaplama, diş implantasyonu, gece plağı, ortodontik, periodontolojik ve pedodontik tedaviler Diş Tedavi Teminatı kapsamı dışındadır.

3.1.4.3. Gözlük (Cam/Çerçeve) ve Lens

Poliçede Gözlük (Cam/Çerçeve) ve Lens tedavi teminatının alınması halinde, sigortalının görme kusurunun, sürekli kullanacağı numaralı bir gözlük veya lens ve lens solüsyonu ile giderileceğinin göz doktoru tarafından reçete ile belgelenmesi durumunda, reçeteye bağlı olarak alınan gözlük cam ve çerçevesi veya lens ve lens solüsyonu giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dâhilinde gözlük ve lens teminatı kapsamında karşılanır.

Gözlük cam ve çerçevesi bedelinin bandrol ve seri numarası içeren gözlük garanti belgesi ile gönderilmesi gerekmektedir.

3.1.4.4. Check – Up

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

3.1.4.5. Kontrol Mamografi

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

3.1.4.6. Kontrol PSA

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

3.2. TÜM BRANŞLARDA SGK İLE ANLAŞMASI BULUNAN VEYA BELİRLİ BRANŞLARDA ANLAŞMALI, SİGORTACININ BU ÜRÜNE ÖZEL ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARINDA GEÇERLİ TEMİNATLAR

Sigortacının anlaşmalı olduğu kurumlarda (SGK ile tüm branşlarda veya branş bazlı anlaşması olan) GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için, SUT bedeli üzerindeki giderler (ilave ücretler) işbu Özel Şartlar ve Sağlık Uygulama Tebliği çerçevesinde değerlendirilir.

3.2.1. Yatarak Tedaviler

Sigortacı, bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarda oluşacak, triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen, SGK kapsamında alınan sağlık hizmetleri için SUT dahilinde SGK tarafından finansmanı sağlanan SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak poliçede belirtilen teminat, limit, ödeme yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı istisna/lar doğrultusunda Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar'a uygun olarak karşılar.

Yatarak Tedavi Teminatı; ameliyatlı ve ameliyatsız yatışlar, yoğun bakım, tek yataklı standart oda, yemek, refakatçi, doktor, ameliyathane, operatör, asistan, anestezi uzmanı, hemşire, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, ameliyat sonrası fizik tedavi, küçük cerrahi, tıbbi gözlem, yapay uzuv ve zorunlu tıbbi malzemeler ile ilgili giderler için oluşacak ilave ücretleri poliçede belirtilen limitler

ile ödeme yüzdesi dahilinde işbu Özel ve Genel Şartlar'a uygun olarak güvence altına alınır. Doğum eylemi ve doğum/hamilelik komplikasyonları bu teminat kapsamında değerlendirilmez.

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

3.2.2. Ayakta Tedaviler

Sigorta Ettirenin tercihinine bağlı olarak poliçede yer alması durumunda geçerlidir.

Sigortacı, bu ürüne özel SGK ile anlaşması bulunan anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarda oluşacak, triyaj uygulamasında Yeşil ve Sarı Alan kapsamında değerlendirilen, SGK kapsamında alınan sağlık hizmetleri için SUT dahilinde SGK tarafından finansmanı sağlanan SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak poliçede belirtilen teminat, limit, ödeme yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı istisna/lar doğrultusunda Genel Şartlar, Yönetmelik ve işbu Özel Şartlara uygun olarak karşılar.

Ayakta Tedavi Teminatı; doktor muayene, fizik tedavi, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler için oluşacak ilave ücretler poliçede belirtilen limitler (defa ve teminat limiti) ile ödeme yüzdesi dahilinde işbu Özel ve Genel Şartlar'a uygun olarak güvence altına alınır.

SGK kapsamında doktor muayenesinin sonucu olarak yazılan reçete giderleri kapsam dışıdır.

3.2.3. Doğum ve Hamilelik Teminatı

Sigorta Ettirenin tercihinine bağlı olarak poliçede yer alması durumunda geçerlidir.

Sigortacı, bu teminata özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarda oluşacak, SGK kapsamında alınan sağlık hizmetleri için SUT dahilinde SGK tarafından finansmanı sağlanan SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak poliçede belirtilen teminat, limit, ödeme yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı istisna/lar doğrultusunda Genel Şartlar, Yönetmelik ve işbu Özel Şartlara uygun olarak karşılar.

Doğum Teminatı; normal doğum, sezaryen, gebeliğin sebep olduğu her türlü komplikasyon için oluşacak ilave ücretleri poliçede belirtilen limitler ile ödeme yüzdesi dahilinde işbu Özel ve Genel Şartlar'a uygun olarak güvence altına alır.

Hamilelik ve Doğum Teminatı'nın yürürlüğe girmesi için, bekleme süreleri maddesindeki şartlar sağlanmalıdır. Bekleme süresini doldurup, bu teminata hak kazanmış sigortalıların hamilelik mutad rutin kontrolleri poliçede belirtilen teminat limitleri ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Teminat dışı kalan haller 1. ve 2. maddesinde yer alan tüm şartların saklı kalması koşulu ile poliçe süresi içerisinde ortaya çıkan aşağıda belirtilen durumlar ile ilgili tüm ileri tanı, tedavi, nüks, araştırma, kontrol ve komplikasyon giderleri, ayakta ve yatarak yapılmış olmasına bakılmaksızın, bir yıl bekleme süresi vardır.

1. Paranazal sinüs hastalıkları, bademcik, genizeti, kulak zarı ve kulak kemiği hastalıkları
2. Katarakt, Glokom, Retina, Kornea ve Göz Kapağı Hastalıkları (akut enfeksiyonlar hariç)
3. Tiroit ve paratiroid bezi rahatsızlıkları,
4. Astım, KOAH, Kronik Bronşit, Pnömotoraks, Akciğer Apsesi ve Kisti, Sarkoidoz vb. kronik akciğer rahatsızlıkları,
5. Meme hastalıkları,
6. Karaciğer (Hepatit B ve C dahil), Safra Kesesi ve Safra yolları, Dalak, Pankreas ve Yemek Borusu, Mide ve Duodenum rahatsızlıkları vb.
7. Böbrek ve Üriner Sistem ameliyatları ve taşlı hastalıkları, Hidronefroz, İdrar Yolları genişlemesi ve darlıkları, Böbrek Yetmezliği, Mesane, Üreter ve Prostat hastalıkları,
8. Kalp, Kalp İleti Bozuklukları, Damar hastalıkları (angioplasti, By-Pass, PTCA, Stent uygulamaları, disseksiyon, varis, yetmezlik, travmaya bağlı olmayan beyin kanaması vb),
9. Hipertansiyon ve Diabet (Şeker) hastalıkları,

10. İnflamatuvar Barsak rahatsızlıkları (Ülseratif Kolit ve Crohn), Barsak Divertikülleri, Hemoroid, Anal Apse, Anal Fissür ve Fistül, Pilonidal Sinüs (Kıl Dönmesi) vb anorektal hastalıklar,
11. İç organ fıtıkları (göbek, mide, diyafram ve kasık fıtıkları vb),
12. Omur ve disk hastalıkları (disk hernileri, faset denervasyonu, sinir blokajı vb ve degeneratif disk rahatsızlıkları vb), Karpal Tünel Sendromu, Tarsal Tünel Sendromu, Kistik Higroma, Tuzak Nöropatiler, tetik parmak vb hastalıklar,
13. Eklem ve bağ doku hastalıkları (menisküs, bağ lezyonları, omuz, diz, dirsek, bilekteki bağ hastalıkları vb), Multiple Skleroz (MS), Romatizmal hastalıklar (Romatoid artrit, SLE, ankilozan Spondilit vb)
14. Varikosel, Hidrosel, Sistorektosel vb,
15. Rahim, yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar (myom, over kisti, endometriozis vb)
16. Doğum ve aile planlaması teminatı kapsamındaki tüm giderler
17. Her türlü kanser ve hiperplazi (tümör, kist, polip, lipom, nevüs, verrü, nodül gibi)
18. Organ nakilleri (kaza sonucu hariç)

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

1. sigorta başlangıç tarihi öncesi bilinen, fark edilen, tanısı konan, ve bilindiği halde beyan edilmeyen, tanısı konulsun ya da konulmasın başlangıcı sigortalılık öncesine dayandığı sonradan belirlenen her türlü hastalık, sakatlık, rahatsızlıklar ve şikayet ile ilgili tüm tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,
2. İlk tanısını ileri yaşta almış olsa bile Doğuştan gelen (Kongenital) anomali ve hastalıklar ilk muayene gideri hariç), genetik rahatsızlıklar, genetik tetkikler, çölyak hastalığı ve bunlar ile ilgili her türlü araştırma, Tarama, tetkik ve tedavi giderleri, oluşum nedenine bakılmaksızın 7 yaş altı çocuklardaki tüm kasık ve göbek fıtıkları, kordon kisti, hidrosel, 3 yaşına kadar oluşan lakrimal kanal tıkanıklıkları, infantil pilor stenozu, infantil katarakt, hemanjiyomlar, pes planus(düz tabanlık),
3. Prematüre bebek ile ilgili tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri, kuvöz bakım giderleri, motor mental gelişim bozuklukları, gelişimsel ve yapısal bozukluklar, büyüme ve gelişme bozuklukları, 11 yaş altı çocuklarda hirsutizm, erken ve geç ergenlik ile ilgili tüm tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,
4. Kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kan bankası kira giderleri, süt dişi saklanması,
5. Kilo kontrol bozuklukları (obezite ve anoreksia), zayıflamaya yönelik işlemler (liposuction, manuel tedavi, LPG ve lazerli selülit tedavileri vb.) , antidiabetik ilaçların obezite tedavisinde kullanımı,
6. AIDS ve AIDS' e bağlı rahatsızlıklar ile HIV' in neden olduğu diğer hastalıklar ile ilgili her türlü tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,
7. Ruh ve akıl hastalıkları, psikososyal bozukluklar (gece işemeleri vb), ile psikosomatik rahatsızlıklar; psikiyatrik muayene, psikolog ve pedagog danışmanlık ücretleri, psikoterapi, psikolojik tanı ve zekâ testleri, antidepresanlar, uyku problemi nedeniyle kullanılan ilaçlar, anksiyolitik, nöroleptik ve antipsikotik etkili ilaçlar, psikiyatrik ilaç kullanımı ve buna bağlı gelişen durumlar ile ilgili tüm tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,

8. Geriatrik Hastalıklar, Demans Hastalıkları ile ilgili tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri uzun süreli bakım sağlayan sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, rehabilitasyon merkezlerindeki hizmet ve tedavi giderleri,
9. Alkolizm, alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halusinogen madde bağımlılıkları ile bunların kötüye kullanımı sonucunda oluşan rahatsızlıklar, yoksunluk sendromu ve bu maddelerin kullanımı sırasında ve/veya bu maddelerin etkisi altında oluşan kazalar ve rahatsızlıklarla ilgili tüm tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,
10. Sigara, nikotin, alkol ve benzeri bağımlılık yapan maddelerden arındırma tedavi ve araçları (nikotin bantları, çiğneme tabletleri, antabus, zyban vb) ile ilgili tüm tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,
11. Tüm alternatif ve tamamlayıcı tedaviler (akupunktur, kayropraktik, homeopati, hidroterapi, ayurveda, mezoterapi, magnetoterapi, nöral terapi, reiki, ozon tedavisi, şifalı su ve kaplıcalar, termal tesisler - bu merkezlerde yapılan fizik tedavi ve muayene giderleri dahil, hipnoz vb)
12. Tehlikeli sporların (her türlü amatör havacılık, delta kanat, planör, paraşüt, parasailing, yamaç paraşütü, bungee jumping, dağcılık, binicilik, su altı sporları, tüplü dalış, go-card, dövüş sporları, rafting, kayak, buz pateni, vücut geliştirme, kayak, snowboard vb.) yapılması sırasında oluşabilecek tüm tanı, tedavi ve komplikasyon 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 antremanı sırasında oluşan sporculara ait sağlık masrafları ile ehliyetsiz her türlü araç kullanımı sonucu oluşabilecek kazalara ilişkin tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri poliçe kapsamı dışındadır.
13. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişim, anti aging ve medikal estetik uygulamaları, plastik cerrahi (poliçe döneminde oluşan kazaya bağlı durumlar hariç) tedavileri ve uygulamaları, jinekomasti, telengiektazi, cilt hemanjiyomları, vitiligo, skar, keloid, ksantelasma, skin tags, yüzeysel varis tedavisi (skleroterapi vb), kimyasal blokaj; kırılma kusuru tetkik, tedavi (myopi,excimer laser vb)ve malzemeler (multifokal lens gibi kırılma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) ile müdahale öncesi ve sonrasında kullanılan ilaçlar ve yapılan tetkikler -pakimetri vb-dahil; şaşılık, görme tembelliği, keratokonus, göz kayması, ses ve konuşma terapileri, aroma terapi, masaj, derinin kurumasını ve terlemesini önleyen tüm tanı ve tedaviler, cilt bakımı ve cilt lekeleri tedavisi, çamur banyoları, şifa kürleri,her tip alopesi ve saç dökülmesi ile ilgili tüm işlemler, saç dökülmesine yönelik tüm bakım giderleri (her türlü şampuan, losyon ve sabunlar, kozmetik krem ve serumlar), tedavi ve ilaç giderleri, Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp merkezleri, Anti Aging Merkezleri diyet ve zayıflama merkezleri, sağlıklı yaşam koçluğu merkezleri, ayak bakım merkezleri, spor merkezleri, jimnastik salonları, estetik güzellik ve lazer merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri ile lens ve optik merkezlerinde yapılan muayene giderleri, metabolik sendrom tanısıyla ilgili her türlü muayene, tetkik ve tedavi giderleri ile bu tedavilerden doğacak her türlü komplikasyonlara ait giderler, yürüme analizi ile ilgili tüm tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,
14. Koruyucu hekimlik hizmetleri, belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmadan veya tarama amaçlı yapılan tüm işlem giderleri (check-up, aşılama kontrol testleri, kanser markerları), 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 alışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider, PRP ve Kondromemran uygulamaları, 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, 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 ve omurga operasyonları dışında kullanılan navigasyon bedeli,

15. Türk Tabipler Birliği asgari ücret tarifesi Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı (HUV)'nda yer almayan her türlü işlem, girişim ve tedavi yöntemleri,

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

17. Yardımcı tıbbi malzemeler (işitme cihazı, şeker ölçme cihazı, insülin pompası, yürütme cihazı, koltuk değneği, tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, terlik, bot ve

tabanlık, boyunluk, dizlik, atel, aerochamber, bileklik, varis çorabı, kol askısı, eskar simidi, buz kesesi, enjektör, termometre, sıcak su torbası, sargı bezi, steril eldiven, bandaj, şeker ve kan yağı ölçme stikleri ve kartuşları vb), genel ve kişisel hijyen ve bakım ürünleri (tıbbi alkol, kolonya, ıslak mendil, sünger, hidrofil pamuk vb) ile yapay tatlandırıcı, her türlü çocuk maması ve oral beslenme ürünleri, biberon, süt pompası, emzik, gece plağı, bebek bezi vb. sarf malzeme giderleri, gözlük (cam / çerçeve) ve lens teminatı bulunmayan poliçelerde gözlük camı ve çerçevesi, kontak lens, lens solüsyonları ile ilgili tüm giderler,

18. Uyku bozuklukları (uyku apnesi dahil) ve horlama ile ilgili tüm tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri ile uyku apnesi cihazları (CPAP, BPAP ve uyku odası, kalibrasyon giderleri dahil),

19. Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları/Bozuklukları (Konka Hipertrofisi, Konka Bulloza vb.), Nazal Valv cerrahisi, işitme cihazı uygulamaya yönelik girişimler ile koklear implant ilgili tüm tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,

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

ilgili tüm tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri (penil protez dahil), cinsiyet değiştirme operasyonları ve her türlü sünnet (fimozis dahil) ile ilgili tüm tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,

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

22. Her türlü allerji testi ve tedavisi ile allerji aşılara ilişkin giderler, malzemeler,

23. Sağlık Bakanlığı çocukluk çağı aşı takviminde yer alan aşılar (suçiçeği, hepatit A vb) ile rotavirüs, kuduz ve tetanos dışındaki tüm aşılar,

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

hariç) ile hastanede yatışı gerektiren giderler poliçe teminat limitleri ve iştirak oranları dâhilinde değerlendirilecektir) (09092020)

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

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

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

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

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

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

31. Meslek hastalıkları, iş kazaları, üçüncü şahıs ödeme sorumluluğunda olan sağlık giderleri,

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

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

34. Skolyoz, Kifoz, Lordoz vb tüm omurga eğrilikleri, Halluks Valgus, Halluks Rigidus ile ilgili tüm tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,

35. Epilepsi, Alzheimer ve Parkinson rahatsızlıkları ile ilgili tüm tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,

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

37. 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, teminat kapsamı dışındadır.

38. 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.

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

a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.

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

6. COĞRAFİ KAPSAM

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

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

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

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

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 parası bu poliçenin teminatları kapsamında değildir.

7.1. Yatarak Tedavi Teminatına İlişkin Uygulamalar

Sigortalının Madde 3.1 de tanımları verilen; Ameliyat, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Dahili Yatış, Yoğun Bakım, Ambulans, Evde Tıbbi Bakım, Kemoterapi–Radyoterapi-Diyaliz, Küçük Müdahale, Suni Uzuv, Yardımcı Tıbbi Malzeme, Rehabilitasyon ile hastanede en az 24 saat yatış gerektiren medikal tedaviler Yatarak Tedavi Teminatları kapsamında ve poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

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

Poliçede Limitsiz olarak belirtilen Yatarak Tedavi Teminatları ile ilgili Anlaşmalı ya da Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında anlaşmasız doktor tarafından yapılan işlemlerde, doktora ödenecek ücret TTB HUV tarifesinin 1 katı kadar karşılanır (TTB HUVx1).

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

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

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

7.2. Ayakta Tedavi Teminatına İlişkin Uygulamalar

Madde 3.2 de Ayakta Tedavi Teminatı tanımında belirtilen doktor muayene, ilaç, tahlil, röntgen, ileri tanı yöntemleri ve fizik tedavi işlemleri için geçerlidir.

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

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

7.3. Yurt Dışı Tedavi Teminatına İlişkin Uygulamalar

Poliçesinde Yurtdışı tedavi Teminata sahip sigortalının, poliçe dönemi içerisinde, sürekli yatarak tedavi görme hali hariç yurtdışında kesintisiz olarak üç aydan fazla ikamet etmesi halinde Teminatları, yurtdışında kaldığı üçüncü aydan sonra durur. Teminatların durduğu dönem içerisinde yurtdışında oluşacak tedavi masrafları için Sigortacı tazminat ödemez. Sigortalının Sigorta Sözleşmesinin Bitiş Tarihinden önce Türkiye gümrüğünden giriş yapmasının ardından teminatları yeniden başlar.

7.4. Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına İlişkin Uygulamalar

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

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

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

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

Kamuya ait resmi sağlık kurumları ve Üniversite Hastaneleri de Anlaşmalı Sağlık Kurumu kapsamında kabul edilir. Ancak kamuya ait sağlık kurumlarına doğrudan ödeme yapılmaz.

7.5. Sigorta Süresinin Sona Ermesinden Sonraki Tedavilere İlişkin Uygulamalar

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

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigortalının; Anlaşmalı veya Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık giderlerinin değerlendirilebilmesi ve ödenebilmesi için aşağıda belirtilen bilgi ve belgelerin Fatura Aslı ve Sağlık Gideri Teslim / Talep Formu ile birlikte sigortacıya iletmesi gereklidir.

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

Sigortalı başvuruda bulunduğu Sigortacının anlaşmalı olduğu SGK anlaşmalı sağlık kurumuna Sigortalı olduğunu belirtmek ve SGK katılım payını ödemekle yükümlüdür.

8.1. Tazminat Talebinde Sigortacı Tarafından İstenen Belgeler

GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü, (örnek: E-Devlet, Tedavi Bilgileri Sorgulama dökümü). İle birlikte aşağıdaki belgelerin de ibrazı gerekmektedir

8.1.1. Yatarak Tedavi Teminatı Giderleri

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

- Yatış ve tedavi nedenini doktor görüşü ve tedavinin konusuna ilişkin tetkik sonuçları
- Tedavi planı ve uygulama raporu
- Ameliyat ve girişim raporları
- Patoloji tetkik sonuçları
- Epikriz (çıkış özeti)
- Dökümlü kurum faturaları
- Adli vakalarda, tutulan resmi tutanak ve adli raporlar, trafik kazası tespit tutanağı, alkol raporu vb
- Hastaneden çıkış aşamasında dökümlü ön fatura bilgileri ve istenen tıbbi raporlar sigortalı taburcu olmadan en az İki (2) saat öncesinde şirkete iletilmelidir.

8.1.2. Küçük Müdahale Teminatı Giderleri

- Yatış nedenini gösterir müşahede raporu
- Girişim doktor raporu
- Patoloji sonucu
- Epikriz
- Dökümlü fatura

8.1.3. Doktor Muayene ve İlaç Teminatı Giderleri

- Doktor serbest meslek makbuzu ya da fatura
- Doktor branşını gösterir kaşeli ve imzalı reçete aslı
- İlaç giderini gösterir eczane kasa fişi ya da faturası
- İlaç isim ve fiyatlarının görünür şekilde olduğu ilaç kupürleri
- Tanı belirtir doktor raporu ya da tanının üzerinde belirtildiği reçete örneği
- Sürekli kullanılan ilaçlar için kurul / doktor raporu

8.1.4. İleri Tanı Yöntemleri ve Tahlil-Röntgen Teminatı Giderleri

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

8.1.5. Fizik Tedavi Giderleri

- Tedavi nedeni, içeriği ve seans sayısı ile ilgili doktor raporu

- Tedaviye konu rahatsızlık ile ilgili tetkik raporları
- Sigortalı tarafından imzalanmış fizik tedavi seans dökümü ve sonuç raporu
- Dökümlü fatura

8.1.6. Doğum Ve Aile Planlaması Giderleri

- Doğum Belgesi ve doktor raporu
- Dökümlü fatura
- Ameliyat raporu ve epikriz

8.1.7. Yurt Dışı Tedavi Giderleri

Yukarıda belirtilen bilgi/belgelere ek olarak Yurt dışı Tedavi giderlerinin değerlendirilebilmesi için;

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

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

8.2. Uygulanan Hatalı Tedaviler

Sigortalının anlaşmalı kurumda yürütülen tedavisi sırasında oluşabilecek tıbbi hataların her türlü sorumluluğu resmi kurumlarca belirlenen hata oranında anlaşmalı kuruma ve doktoruna aittir. Sigortacının tıbbi hatalar sebebi ile sorumluluğu ve oluşabilecek zararı tazmin yükümlülüğü bulunmamaktadır.

8.3. Tazminat Ödeme Süresi

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

8.4. Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Aktarımı

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

8.5. Halefiyet (Hakların Devri) Prensibi

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

8.6. İstirdat (Geri Alma) Hakkı

Sigortacının, sigortalı adına Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına veya sigortalıların hesabına ödediği ancak police özel ve genel şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dâhil her türlü ödemeyi doğrudan sigortalılardan talep etme hakkı bulunmaktadır. Sigortalıların ve/veya tedaviyi düzenleyen sağlık kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. Sigortacının söz konusu ödemeye ilişkin e-provizyon ve ön onay vermiş olması; haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

9. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE SÖZLEŞMEDE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ

9.1. Beyan Ve İhbar Yükümlülüğü

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

Sigortacının, sigorta kapsamına dâhil olacak kişileri, 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.

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 alma, gerektiğinde Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAGMER)’nden bilgi alma ya da SAGMER’e bilgi verme hakkına sahiptir.

9.2. Yenileme Süresi ve Plan Değişikliği

Sigortalının kazanılmış haklarının kesintisiz devam etmesi için, sigortalının mevcut olan Sigorta Sözleşmesinin Bitiş Tarihinden önce en erken 30 gün veya Bitiş Tarihinden itibaren en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yaptırmak için Sigortacıya başvurması gerekmektedir. Bu süre Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış olan sigortalılar için de geçerlidir.

Police’nin bu süre içinde yenilenmemesi halinde yenilemeye ait kazanılmış haklar kaybedilir ve yeni police ancak yeni iş olarak ve risk değerlendirmesi yapılarak tanzim edilebilir.

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

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

9.3. Sözleşme ve Prim Değişikliği

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

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

9.4. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesinin yapılabilmesi için;

Değerlendirme yılında sigortalı yaşının 55 ve altında olması,

Türkiye Sigorta A.Ş.'de 36 ay kesintisiz poliçenin devam etmesi

Ömür Boyu Yenileme garantisi verilmesine engel bir sağlık riskinin olmaması

01/07/2025 öncesi Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirme kriterleri kapsamında yaş/sağlık riskinin tespit edilmemiş olması

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

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

Yenileme garantisinin verilmesi durumunda garantinin hangi şartlarla verildiği grup sağlık sigortalıları Ömür Boyu Yenileme Garantisi sertifikasında bildirilir.

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

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

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

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

Ailede bir kişinin Ömür Boyu Yenileme Garantisi alması, diğer fertlerin de bu garantiyi aldıkları anlamını taşımaz.

9.5. Grupta Ömür Boyu Yenileme Garantisi Almış Sigortalıların Ferdi Poliçeye Geçiş Şartları

Grup sigortası kapsamındayken Sigortacı tarafından Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen sigortalıların kazandığı bu hak, sigortalıların emekli olma, işten ayrılma veya firmanın grup sağlık sigortası sözleşmesini hiçbir şirketten yapmaması halinde, risk değerlendirmesi yapılarak Sigortacının belirleyeceği şartlarla bu hak devam ettirilerek ferdi sigorta kapsamına alınabilir. Ancak poliçelerinin sona erdiği tarihten sonraki 1 ay içinde Sigortacının muadil ferdi sağlık sigortası ürünlerinden birini satın almak üzere tüm aile bireyleri ile birlikte bireysel başvuru formuyla başvurmaları gerekir. 30 günü geçen başvurular ilk iş olarak değerlendirilir ve hak devri yapılmaz. Bu sigortalılar Sigortacının o tarihteki ferdi sağlık sigortası ürünlerine ait sözleşme koşullarına uymak zorundadır.

Grup sağlık sigorta poliçesinden ferdi sağlık poliçesine geçmek isteyen ancak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmayan aile bireyleri ferdi poliçeye geçmeleri sırasında yapılacak risk değerlendirmesinden sonra Sigortacının belirleyeceği şartlarla ferdi sigorta kapsamına alınırlar.

9.6. Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulamaları

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış grup / ferdi sigortalıların, sözleşme kapsamından çıktığı tarih itibarıyla en geç 1 ay içinde Sigortacıya başvuruda bulunmaları gerekmektedir. Sigortacı grup sağlık sigortası kapsamına dâhil olmak isteyenlerin sağlık beyanları ve önceki sigorta şirketinden gönderilen geçmiş sigortalılık bilgileri incelenip, risk değerlendirmesi yapılarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı korunabilir.

Diğer sigorta şirketinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi almamış sigortalılar için;

- o Değerlendirme yılında sigortalı yaşının 55 ve altında olması,
- o Türkiye Sigorta A.Ş.'de 36 ay kesintisiz poliçenin devam etmesi
- o Ömür Boyu Yenileme garantisi verilmesine engel bir sağlık riskinin olmaması
- o 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.

10. PRİM TESPİTİ

10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

10.1.1. Tarife Primi

Tarife primleri tüm sektörde kabul gören aktüeryal metotlar ile hesaplanır. Bu hesaplamada, şirket sigortalı portföyünün yaş, cinsiyet dağılımı ve teminat kullanım sıklığı ile medikal enflasyon (TTB'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.

Bu primler kişiye özel olmayıp, ilgili ürün ve plan için yaş ve cinsiyet dağılımında sigortacının, ilgili grubun tüm sigortalıları için standart primleridir.

10.1.2. Sigortalı Primi

Tarife primleri baz alınarak 'Prime İlişkin Düzenlemeler' bölümünde tanımlanmış ek prim uygulaması sonucunda kişiye özel belirlenen primdir.

10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler

10.2.1. Risk Ek Primi

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

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

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

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

11.1. Poliçeye Yeni Sigortalı Girişi

Başvurusu sigortacı tarafından kabul edilmiş ve sigortalanmak üzere ilk başvurdukları tarihte, 18-64 (dâhil) yaş arasında olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir. 0-17 (dahil) yaş arasında olan kişiler poliçe kapsamına ebeveyn ile birlikte alınabilir.

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

11.2. Poliçe Dönemi İçinde Sigortaya Girişler

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

- 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, sigortalanma kararı verildiği takdirde belirlenecek ek prim karşılığında sigorta kapsamına alınabilir. Bu sürenin aşılması durumunda ancak yenileme döneminde başvurulabilir.

- Yeni doğan bebekler için 15 gün içerisinde başvuru formu ekinde bebeğin sağlık durumunu belirtir doktor raporunun sigortacıya iletilmesi ve bu süre içinde (15 gün) hastaneden taburcu olması gerekmektedir. Sigortacı tarafından yapılacak olan risk değerlendirmesi sonucunda,

sigortalanma kararı verildiği takdirde doğdukları tarih İtibariyle ve belirlenecek ek prim karşılığında sigorta kapsamına alınabilir. Bu süreyi aşan durumlarda başvuru formu doğum tarihi itibariyle en geç 60 gün içinde sigortacıya iletilmelidir, bebeğin poliçeye giriş tarihi başvuru formunun doldurulduğu tarih olacaktır. Bu süre içinde (60 gün) hastaneden taburcu olması gerekir.

- 35 haftadan önce doğan bebekler prematüre olarak kabul edilirler. Prematüre bebekler doğdukları tarih itibariyle sigorta kapsamına alınmaz. Hastaneden taburcu olduktan sonra, son durum raporu, bebeğe ait çıkış epikrizi, Grup Sağlık Sigortası Başvuru Formu ve yeni doğan formu ile başvuruda bulunulabilir. Sigorta kapsamına dâhil edilmesi Sigortacının onayına bağlıdır.

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

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

- Askerlik hizmeti nedeniyle ayrılan ve askerlik hizmetini tamamlayan kişiler yeniden Sigorta Sözleşmesi kapsamına dâhil edilmesi için başvurabilir. Askerlik süresinin Bitiş Tarihinden itibaren en geç 30 gün süre içerisinde Sigortacı ya başvuru formu ve terhis belgesi başvurulması gerekmektedir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan sigortalıların, yeni başvurusunda askerlik öncesi planı ile aynı veya daha düşük plan ile kapsama alınması halinde risk değerlendirmesi yapılmadan aynı koşullar ile giriş işlemleri yapılır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi olmayan sigortalılar için sigortalı olmadığı (askerlik dönemi) dönem için risk değerlendirmesi yapılarak sigortalılık hakları korunur.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

12.1. Sigortacıda Grup Sağlık Sigorta Kapsamında Olan Sigortalıların Bireysel Sağlık Poliçesine Geçişleri

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

12.2. Diğer Sigorta Şirketi Geçişleri

Kesintisiz 1 tam yıl sigortalılık dönemi 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.

Sigortacıya geçiş olarak alınan sigortalılara her koşulda Doğum ve Aile planlaması için 1 yıl bekleme süresi uygulanır.

Geçiş olarak alınan sigortalılar için, Sigortacıda mevcut seçilen ürünün özel şartları ve teminatları geçerli olacaktır. Hakların devri, önceki sigorta şirketinin özel şart ve teminatlarının devri anlamını taşımaz.

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

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

Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulamaları Madde 9.6'da belirtilmiştir.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1. Sözleşme İptalleri Ve Poliçeden Çıkış İşlemleri

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

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

Sigorta ettiren ve sigortalı, sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk otuz gün içerisinde iptal talebinde bulunursa ve bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödenmemişse, ödenen primler kesintisiz olarak iade edilir.

Poliçe kapsamında bulunan sigortalılara tazminat ödenmiş ve ödenen tazminat tutarı gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden az olması durumunda, hak edilen prim ile ödenen prim arasındaki fark Sigorta Ettirene iade edilir, ödenen tazminat tutarı gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise, muaccel kuralı uygulanarak prim iadesi yapılmaz.

Poliçe kapsamından çıkış işlemlerinde prim gün esasına göre hesaplanır, iptal prim tutarı sigorta ettirene iade edilir.

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 (istirdat) ve prim iadesi yapmaksızın sigortalı ve varsa bağımlılarını poliçe kapsamından çıkarma hakkına sahiptir.

13.2.Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı

Sigortalı'nın sigorta süresi içinde vefat etmesi durumunda poliçesi vefat tarihi itibarıyla gün esaslı olarak iptal edilir.

14. RÜCU HAKKI

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

15. BİLGİLENDİRME

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

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

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

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

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

16. BİLGİ PAYLAŞIMI VE BİLGİ TEMİNİ

Sigortacı, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C Başbakanlık Hazine 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.

17.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.

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 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.