

RİSKLİ HASTALIKLAR TEDAVİ VE DESTEK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1 SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Kanser, İnme (Serebrovasküler Hastalıklar), Miyokart Enfarktüsü (Kalp Krizi), Koroner Damar Hastalığı sonucu yapılan Açık Kalp Ameliyatı (By-Pass), Kalp Kapakçığı Değişimi, Kalp, Karaciğer ve Böbrek Nakli rahatsızlıkları bu poliçe ile teminat altına alınmıştır. Bu sigorta, söz konusu hastalıklara yakalandıktan sonraki takip eden 30 gün sonrasında sigortalının hayatta olması koşuluyla toplu tazminat ödemeyi kapsar.

İşbu poliçe, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve poliçe özel şartları çerçevesinde düzenlenmiş olup tüm dünyada geçerlidir. Poliçede bahsi geçen genel şartlar www.turkiyesigorta.com.tr internet adresinden de temin edilebilir.

İlk sigortalanma yaşı 18-64 yaş olmak üzere bu teminat 18-64 yaş arası yenilemesi yapılabilir. Sigortalı yaşı, sigorta başlangıç tarihinden, sigortalı doğum tarihinin, gün, ay, yıl esas alınarak çıkarılması ile bulunur.

2 TANIMLAR

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.

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.

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 şikayet ve hastalıkların, sigortalının risk değerlendirilmesi sonucunda sigorta teminatı dışında bırakılmasıdır.

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

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

Poliçe: Sigortacı tarafından imzalanarak sigortalı/sigorta ettirene verilen, sigortalı ve sigortalının 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.

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

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

Teminat Dışı Kalan Haller: Bütün teminatlar ve bütün sigortalılar için geçerli olan, özel şartlarda belirtilmiş kapsam dışı durumlar.

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

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.

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

Sigorta Süresi : Sigorta süresi 1 yıldır. Primlerin düzenli ödenmesi ve tazminat talep edilmemesi şartı ile poliçe yenilenir.

Sigortaya Kabul Yaşı : İlk sigortalanma yaşı 18-64 yaş olmak üzere bu teminat 18-64 yaş arası yenilemesi yapılabilir. Sigortalı yaşı, sigorta başlangıç tarihinden, sigortalı doğum tarihinin, gün, ay, yıl esas alınarak çıkarılması ile bulunur.

Bekleme Süresi : Riskli hastalıklar teminatı, sigorta başlangıç tarihinden itibaren belirtilen bekleme süresi sonunda, riskli hastalık olarak tanımlanan hastalıklardan birine yakalanan ve bu durumu doktor raporu ve/veya gerekli görüldüğü takdirde, Sigortacının yönlendirdiği bir sağlık kuruluşu tarafından sabitlenen, klinik, radyolojik, histolojik ve laboratuvar bulgularla kanıtlanan sigortalı için geçerlidir. Ancak yenilenen sigortalarda bu bekleme süresi aranmaz. Yenileme sırasında teminat artışı yapılmış ise bekleme süresi teminat tutarının artan kısmı için geçerlidir. Bekleme süreleri, kaza tespit tutanağı tutulmuş bir kaza sonucu oluşmuş hastalıklar hariç olmak üzere 90 gündür.

Yaşama Süresi : Riskli Hastalık tazminatının ödenebilmesi için, hastalığın kesin teşhis tarihinden itibaren 30 gün geçmesi ve sigortalının hayatta kalması gereklidir.

Teminatın Sona Ermesi : Sigortalının kapsamdaki hastalıklardan birine yakalanması ve hastalığın teşhisi durumunda, poliçede yazılı bulunan teminat ödendikten sonra poliçe sona erer. Diğer bir deyişle plan sigortalının ilk riskli hastalığını teminat altına alır. Teminat kapsamına giren hastalıklardan birden fazlasının eş zamanlı olarak ortaya çıktığı durumlarda, sadece ilk hastalık için ödeme yapılır.

3 TEMİNATLAR

3.1 HASTALIK TEMİNATI

Poliçe teminatı dâhilinde bulunan ameliyat gerektirmeyen hastalıkların (kanser, inme/felç, miyokart enfarktüsü) kesin teşhis tarihinden, ameliyat gerektiren hastalıkların (koroner damar hastalığı nedeniyle yapılan açık kalp ameliyatı (By-Pass), kalp kapakçığı değişimi ve kalp -karaciğer-böbrek nakli) ise ameliyat tarihi itibarıyla geçecek 30 günlük sürenin sonunda sigortalı vefat etmedi ise, teminat limitinden düşüldükten sonra kalan teminat limiti kadar tazminat sigortalıya ödenir. Hastalığın kesin teşhis ve ameliyat tarihinden sonraki 30 günlük süre içinde sigortalının vefat etmesi halinde ise; ödenen toplam tazminat vefat ettiği süreye kadar geçen ameliyat, tetkik ve tedavi masrafları ile sınırlı olacaktır. Teminat kapsamına giren hastalıklardan birden fazlasının aynı poliçe döneminde ortaya çıktığı durumlarda sadece tek hastalık için ödeme yapılır.

Teminat altına alınan rahatsızlıkların açıklamaları;

1) Kanser

Bu hastalık, hücrelerin kontrol edilemeyen bir şekilde büyüyüp doku içine ve diğer dokulara yayılması ile karakterize edilen habis bir veya birden fazla tümörün varlığı ile tanımlanır. Bu hastalık tanımına aşağıdakiler dâhil değildir.

- Habis, yayılmacı melanomlar haricindeki tüm cilt kanserleri,
- Çok erken döneme özgü, habaset değişiklikleri gösteren tümörler,
- Hodgkin hastalığının birinci evresi,
- Hücre içinde (in si tu) kalıp, yayılma özelliği bulunmayan (örneğin rahim boynu kanseri vb.) kanserler,
- HIV virüsü mevcudiyeti halinde ortaya çıkan tümörler.

2) İnme/Felç (Serebrovasküler Hastalıklar)

Serebrovasküler hastalık olarak da adlandırılır. Belirtileri 24 saatten daha fazla süren ve nörolojik hasara sebebiyet veren herhangi bir serebrovasküler vaka olarak tanımlanır. Vaka, beyin dokusunun enfarktüsüne, beyin kanamasına veya beyin dışındaki bir oluşumdan kaynaklanan emboliye sebebiyet vermelidir. Vaka sonucu daimi nörolojik hasar (kısmi veya genel felç) oluşmalıdır. Tazminat talebinde, nörolojik hasarın daimi olduğuna ve en az üç aydan bu yana devam ettiğine dair tıbbi kayıtlar ve uzman doktor raporu, ispat dokümanı olarak sunulmalıdır.

3) Miyokart Enfarktüsü (Kalp Krizi)

Kalp kaslarından bir kısmının, o bölgeye yeterli kan gitmemesi sonucu ölümüdür. Bu durumun teşhisi kesin olmalı ve aşağıdaki faktörlerin tamamının mevcudiyetine dayanmalıdır.

- Tipik göğüs ağrısı hikâyesi,
- Miyokart enfarktüsüne bağlı yeni elektrokardiyogram değişiklikleri,
- Kardiyak enzimlerde yükselme (CPK, CK ve LDH).

4) Koroner Damar Hastalığı Nedeniyle Yapılan Açık Kalp Ameliyatı (By-Pass)

Koroner damar stenozu (daralması) veya tıkanması sebebi ile iki veya daha fazla kalp damarının açılması için gereken açık kalp ameliyatının (By-Pass) yapılmış olmasıdır. Ameliyatın gerekli olduğu koroner anjiyografi ile kanıtlanmış olmalıdır. Bu tanıma, balon anjiyoplasti, lazer tekniği ve diğer damar içi müdahaleler dâhil değildir.

5) Kalp Kapakçığı Değişimi

Cerrahi olarak bir veya birden fazla kalp kapakçığının prostetik kalp kapakçığı ile değiştirilmesidir. Bu işlem yetmezlik, darlık veya her iki faktörün birlikte bulunduğu durumlarda aort, pulmoner, tricuspid ve mitral kapakçığın yerine prostetik kapakçık takılmasını kapsar. Kapak onarımı, valvulotomi, valvuloplasti kapsam dışındadır.

6) Kalp, Karaciğer ve Böbrek Nakli

Kalbinin bütün işlevini yitirmesi nedeniyle sigortalının kalbi yerine tamamen yabancı bir kalbin nakledilmesi, başka türlü tedavi edilmesinin mümkün olmadığı bir karaciğer hastalığı neticesinde, sigortalının karaciğerinin yerine başka bir karaciğerin nakledilmesi, başka türlü tedavi edilmesinin mümkün olmadığı bir böbrek hastalığı neticesinde, sigortalının böbreğinin yerine başka bir böbreğin nakledilmesi durumlarıdır.

3.2 ACİL DURUM TEMİNATI

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

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

3.2.1.Suda boğulma:

Solunum ya da kalp durması durumları veya hastanın genel durumda boğulmaya yol açacak derecede akciğerlere su girişinin olduğu durumlar.

3.2.2.Trafik kazası sonucu yaralanma:

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

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

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

3.2.4.Yüksekten düşme:

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

3.2.5.Ciddi iş kazaları, uzuv kopmaları:

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

3.2.6.Elektrik çarpması:

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

3.2.7.Donma, soğuk çarpması:

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

3.2.8.Isı çarpması:

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

3.2.9.Ciddi yanıklar:

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

3.2.10.Ciddi göz yaralanmaları:

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

3.2.11.Zehirlenmeler:

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

3.2.12.Anafilaktik Şok:

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

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

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

3.2.14.Kalp krizi, hipertansiyon krizleri:

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

3.2.15.Akut solunum problemleri:

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

3.2.16.Şuur kaybına neden olan her türlü organik kusur:

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

3.2.17. Ani felçler:

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

3.2.18. Ciddi genel durum bozukluğu :

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

3.2.19. Yüksek ateş 39.5 °C ve üzeri:

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

3.2.20. Diabetik ve üremik koma:

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

3.2.21. Genel durum bozukluğunun eşlik ettiği dializ hastalığı:

3.2.22. Akut batın: İç organların (Mide, barsak gibi) delinmesi, barsak tıkanması ya da düğümlenmesi, safra yollarının taş veya iltihap nedeniyle tıkanması, apandisit, pankreatit gibi ciddi organ iltihaplanmaları, barsak ya da periton

arterlerinde tıkanma vb. gibi acil cerrahi müdahale gerektiren, karın içi organlarla ilgili hastalıkların ortaya çıkması.

3.2.23. Akut masif kanamalar:

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

3.2.24. Menenjit, ensefalit, beyin apsesi:

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

3.2.25. Renal kolik:

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

4 BEKLEME SÜRELERİ

Riskli hastalıklar teminatı, sigorta başlangıç tarihinden itibaren belirtilen bekleme süresi sonunda, riskli hastalık olarak tanımlanan hastalıklardan birine yakalanan ve bu durumu doktor raporu ve/veya gerekli görüldüğü takdirde, Sigortacının yönlendirdiği bir sağlık kuruluşu tarafından sabitlenen, klinik, radyolojik, histolojik ve laboratuvar bulgularla kanıtlanan sigortalı için geçerlidir. Ancak yenilenen sigortalarda bu bekleme süresi aranmaz. Yenileme sırasında teminat artışı yapılmış ise bekleme süresi teminat tutarının artan kısmı için geçerlidir. Bekleme süreleri 90 gündür.

5 TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Sağlık sigortası genel şartlarında "Teminat Dışı Kalan Haller" bölümünde sayılanlar dışında, aşağıda belirtilen durumlar da teminat kapsamı dışındadır

- Sigortalının sigorta başlangıç tarihinden önceki mevcut rahatsızlıklar (belirti, bulgu, teşhis veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar) ile bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklar,
- Aşıkâr sarhoşluk, doktor kontrolü dışında ilaç ve uyuşturucu maddeler sebebiyle ortaya çıkan,
- Motorlu bisiklet, motosiklet ve elektrikli bisiklet kullanılması sonucu ortaya çıkan,
- Her türlü profesyonel ve/veya tehlikeli sporlar (dağcılık, paraşütçülük, havada yolculuk dışı uçuş, su altı sporları, ralli) ve bunlara ilişkin spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara sonucu ortaya çıkan,

- Sigortalının intihara teşebbüsü veya kasıtlı olarak kendisini yaralaması sonucu ortaya çıkan,
 - AIDS ve buna bağlı komplikasyonlar veya HIV virüsü enfeksiyonları sonucu ortaya çıkan,
 - Poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 90 gün içinde ortaya çıkan,
 - Poliçede belirtilen 6 rahatsızlığın dışında kalan diğer hastalık ve rahatsızlıklar,
- Teminat kapsamı dışındadır.
- 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

Teminatlar, sigortalının kalıcı ikamet yerinin Türkiye olması ve herhangi 12 ay içinde 13 haftadan uzun süre Türkiye dışında bulunmaması koşuluyla dünya çapında geçerlidir.

7 TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Acil durum teminatı için anlaşmalı kurum listesinde yer alan bir sağlık kurumuna başvurulması halinde resmi kimlik belgesinin ibrazı ile poliçe Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Sağlık Sigortası Sigorta Özel Şartları, teminat limitleri ve iştirak oranları dâhilinde sağlık hizmeti alınabilir. Sigortalılar poliçe teminat limiti ve kapsamı dışındaki giderler ile iştirak oranı ve teminat limitini aşan giderleri karşılamakla yükümlüdürler. Sigortacının bu listede değişiklik yapma hakkı saklıdır. Tüm devlet hastaneleri ve tıp fakültelerinin araştırma hastaneleri anlaşmalı sağlık kuruluşu olarak kabul edilir.

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

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

8 TAZMİNAT TALEBİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sigortalı, acil durum tedavisi ile ilgili harcamalarını Teminatının geçerli olduğu bölgedeki Anlaşmalı kuruluşa gerçekleştirmiş ise, Sigortacı Teminat Kapsamındaki hastane masraflarını varsa muafiyet, Sigortalı katılım payı kısmı dışında ve varsa limit dahilinde doğrudan Anlaşmalı Kuruluşa ödeyecektir. Yatarak Tedavi ile ilgili tedavinin Anlaşmasız Doktor tarafından gerçekleştirilmesi halinde, Doktor ücreti her halükarda Sigortalı tarafından ödenir ve sonra Sigortacı dan talep edilir. Sigortalı tedavisi ile ilgili harcamalarını kendisi ödemiş ise veya harcamalarını Teminatının geçerli olduğu bölgedeki Anlaşmasız Kuruluş ta gerçekleştirmiş ise ve Anlaşmasız Kuruluş ta yapılan harcamaları Teminat Kapsamına dahil edilmiş ise Sigortacı Teminat Kapsamındaki harcamalarını varsa muafiyet, katılım payı kısmı dışında ve limit dahilinde Sigortalıya ödeyecektir.

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

Sigortacı riskin gerçekleştiğine kanaat getirdikten sonra, poliçede öngörülen kesinleşmiş tazminatı en geç on gün içinde sigortalıya öder. Tazminat ödenmesi sırasında, varsa prim alacağı ödenecek tazminattan düşülür.

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

8.1. Tazminat Talebi Sırasında Yapılacaklar

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

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

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

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

Sigortalı faturasının poliçe şartlarına uygun olan kısmına ait ödeme tazminat talebine ait tüm evrakların eksiksiz olması durumunda, Başvuru formunda beyan edilen Banka hesabına en geç 7 iş günü içinde ödenir.

Beyan edilen banka hesabının değişmesi ve/veya kapanması durumunda yeni hesap numarasının Sağlık Gideri Teslim/Talep Formuna yazılarak sigortacıya bildirilmesi gereklidir.

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

Riskli Hastalıklar Tedavi ve Destek Sigortası alan her kişi bu bilgileri resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmektedir.

9 SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ

9.1. Beyan ve İhbar Yükümlülüğü

Sigortacı, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri Başvuru formunda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. Sigortalı Başvuru formunda kendisine sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksik ise Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uygulanır. Sigortacının, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri, sigorta ettiren/sigortalının başvuru formunda beyan ettiği tüm bilgilere istinaden risk değerlendirmesi yaparak başvuruyu standart şartlarla ya da ek şart 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 almak gerektiğinde Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAGMER) den bilgi alma ya da SAGMER'e bilgi verme hakkına sahiptir.

9.2.Sözleşmenin Yenilenmesi Poliçe, sigorta ettirenin primlerini düzenli ödemesi, tazminat talep edilmemesi ve yenileme tarihteki yaşına tekabül eden primi şartı ile yenilenebilecektir. Sigorta şirketi, poliçe yıldönümlerinde, risk değerlendirmesi yaparak sigorta ettirenin yazılı talebi ile yenileme teklifini değerlendirecektir.

Riskli hastalıklar tedavi ve destek sigortası bir yıllık bir süre için verilir. Sigorta süresi dolduktan sonra, Sigortacı sigortalıya ilişkin yeni bir sağlık beyanı almak ve poliçe teminatlarını yeniden verip vermemek hususunda tamamen serbesttir.

Yenilemeler en fazla 60 yaşına kadar yapılacaktır. Yenilenen poliçeler için 90 günlük muafiyet süresi uygulanmayacaktır. Ancak poliçeye konu riskli hastalıklardan herhangi biri nedeniyle tazminat ödemesi yapılırsa poliçe yenilenmeyecektir. Poliçeden cayma şartları yenileme poliçesinden cayma için de geçerlidir.

10 PRİM TESPİTİ

10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

10.1.1 Tarife Primi

Tarife primleri tüm sektörde kabul gören aktüeryal metotlar ile hesaplanır. Bu hesaplamada, şirket sigortalı portföyünün yaş, cinsiyet dağılımı ve teminat kullanım sıklığı ile medikal enflasyon (TTB/HUV'ye bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırmadaki değişim, özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç ve malzeme fiyatlarındaki değişim, 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 tüm sigortalıları için standart primleridir.

10.1.2 Poliçe Primi

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

11 YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Yürürlükte olan poliçeye yıl içerisinde yeni giriş yapılmamaktadır.

12 GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Riskli Hastalıklar Tedavi ve Destek Sigortası'nda diğer şirketten geçiş, ürünler arası geçiş uygulaması bulunmamaktadır.

13 SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1 Sözleşme İptalleri ve Poliçeden Çıkış İşlemleri

Poliçe primleri vadesinde ödenmediği takdirde, Türk Ticaret Kanunu ve Sağlık Sigortası Genel 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; bildirim takiben feshedilir.

Sigorta Ettiren'in poliçe dönemi içerisinde yazılı ve imzalı dilekçe ile poliçenin iptali veya sigortalının kapsamdan çıkarılması talebinde bulunması durumunda; prim gün esasına göre hesaplanır ve kalan gün esasına göre çıkan prim sigorta ettirene iade edilir. Ancak sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden az ise, hak edilen prim ile ödenen prim arasındaki fark sigortalıya iade edilir. Ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise, muaccel kuralı uygulanarak prim iadesi yapılmaz. Sigortalının başvuru formunda kendisine sorulan sorulara riskin değerlendirmesini etkileyecek eksik/yanlış beyanda bulunması, sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya sağlık gider belgelerinin poliçe kapsamındaki diğer kimseler adına düzenletirilmesi gibi kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda sigortacı, teminat kapsamına almış olduğu ve ödediği sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve prim iadesi yapmaksızın poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

Sigortalıya riskli hastalıklardan herhangi biri nedeniyle tazminat ödemesi yapılması durumunda poliçe otomatik olarak sona erer.

Riskin gerçekleşmemiş olması kaydıyla 30 gün içinde poliçe iptalinin talep edilmesi halinde, poliçe priminin tamamı iade edilecektir. 30 günden sonra gerçekleşecek iptallerde ise iade prim kalan gün esasına göre hesaplanır.

13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı

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

itibariyle çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki Sigorta Ettirene yapılır.

Sigortalının, riskli hastalıklardan herhangi birinin teşhis veya ameliyat tarihini takip eden 30 gün içinde vefat etmesi halinde, riskli hastalıklar tazminatı ödenmeksizin teminat sona erer ve kalan sigorta müddeti için prim iadesi yapılmaz. Bu süreçte sadece sigortalının varsa tedavi masrafları ait tazminat tutarı ödenir.

14 RÜCU HAKKI

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

15 BİLGİLENDİRME

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

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

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

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

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

16 BİLGİ PAYLAŞIMI VE BİLGİ TEMİNİ

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

17 YAPTIRIMLAR

İşbu 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.