

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, sigorta ettirene ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, gerek yapılacak sigorta sözleşmesinin müzakeresi sırasında gerekse sigortanın devamı sırasındaki hakları, yükümlülükleri, sözleşmenin konusu, işleyişi, kapsamı ve önemli nitelikteki bazı değişiklik ve gelişmeler konusunda genel bilgi vermek amacı ile 28.10.2007 tarihinde yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmış olup, genel bilgilendirmeyi içermektedir.

DİKKAT! T.C. BAŞBAKANLIK HAZİNE MÜSTEŞARLIĞI TARAFINDAN TÜM MAL VE HAYAT SİGORTALARI İÇİN ÖNGÖRÜLEN ÖRNEK FORMA DAYANARAK HAZIRLANAN İŞBU FORM GENEL BİR BİLGİLENDİRMİYİ İÇERMEKTE OLUP, İLGİLENİLEN ÜRÜN İLE ÖRTÜŞMEYEN HÜKÜMLERİ İÇERE BİLİR. BÖYLE BİR DURUMDA, İLGİLİ GENEL ŞART VE İLGİLİ ÜRÜNE DAİR ÖZEL ŞART DÜZENLEMELERİ ESAS ALINIR. BU NEDENLE LÜFEN İLGİLİ GENEL ŞART VE İLGİLİ ÜRÜNE İLİŞKİN ÖZEL ŞARTLARI DİKKATLİCE OKUYUNUZ.

DİKKAT! İŞBU FORM, TARAFLARCA İMZA EDİLMİŞ OLSA DAHİ, TARAFLAR ARASINDA BİR TEKLİFE KONU EDİLMİŞ VE / VEYA SİGORTA SÖZLEŞMESİ İLE SONLANMIŞ OLMADIĞA, TEK BAŞINA HİÇBİR ŞEKİLDE BİR TEKLİF VEYA SÖZLEŞME ANLAMINA GELMEZ.

Police genel ve özel şartlarında belirtilenler dışında sigorta şirketinin police bazında da police başvurusu sırasındaki beyanları nazara alarak kendi risk kabul esaslarına göre ayrıca özel istisna ile belli bir rahatsızlığı, hastalığı veya kazayı teminat dışında tutması mümkündür.

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığında, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

A- SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

1. Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;

Ticaret Unvanı :
Adresi :
Tel & Faks No. :

2. Teminatı veren sigortacının;

Ticaret Unvanı : RAY SİGORTA A.Ş.
Adresi : Haydar Aliyev Cad. No: 28 Tarabya / İSTANBUL
Tel & Faks No. : (0212) 363 2500 Faks : (0212) 299 4854

B- TEMİNATLAR

Sigortalı / Sigortalıların poliçede / zeyilnamede, belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve / veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masraflarını, poliçe / zeyilnameye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, TTK, Genel Hükümler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alır.

Tarafların, sigorta genel şartlarına ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmamak ve sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şart kararlaştırılma hakkı vardır.

Sağlık sigortası poliçesi, ürünlere göre farklı teminatları içermekte olup, ürün içeriklerinde yer almaktadır. Sağlık sigortasında verilen tüm teminatlar aşağıda yer almaktadır.

İsteğe bağlı alınabilecek ek teminatlar için sigortacınıza danışınız. Lütfen size verilen teklifin ve poliçenizin hazırlanmasını müteakip sertifikanızda yer alan teminatlarınızı okuyup kontrol ediniz.

SAĞLIĞIM RAYINDA ÜRÜNLERİNDE;

Yatarak Tedavi Teminatları

Ameliyat, Küçük Müdahaleler, Tıbbi Tedavi İçin Yatış - Oda - Yemek - Refakatçi, Yardımcı Tıbbi Malzeme, Yoğun Bakım, Koroner Angiografi, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz Giderleri, Evde Bakım, Suni Uzuv, Rehabilitasyon, Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavi, Yatış Sonrası Fizik Tedavi, Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri, Hava Ambulansı Teminatları.

Ayakta Tedavi Teminatları

Doktor Muayene, İlaç, Görüntüleme Hizmetleri, Laboratuvar, Fizik Tedavi, Check-up, Diyetisyen Muayene ve Psikiyatri Muayene, 40 Yaş Üstü Kontrol Mamografi & PSA Teminatları.

Ek Teminatlar

Doğum, Dış Tedavi, Gözlük, Lens ve Görme Kusuru Operasyonları Teminatları.

Yurt Dışı Tedavi

Yurt Dışı Yatarak Tedavi, Yurt Dışı Ayakta Tedavi Teminatları.

RAY C EXTRA ÜRÜNLERİNDE;

Yatarak Tedavi Teminatları

Ameliyat, Küçük Müdahaleler, Tıbbi Tedavi İçin Yatış - Oda - Yemek - Refakatçi, Yoğun Bakım, Koroner Angiografi, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz Giderleri Teminatları.

Ayakta Tedavi Teminatları

Doktor Muayene, İlaç, Görüntüleme Hizmetleri, Laboratuvar ve Fizik Tedavi Teminatları.

Ek Teminatlar

Yardımcı Tıbbi Malzeme, Evde Bakım, Suni Uzuv, Rehabilitasyon, Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavi, Yatış Sonrası Fizik Tedavi, Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri.

MEDIRAY ÜRÜNLERİNDE;

Yatarak Tedavi Teminatları

Ameliyat, Küçük Müdahaleler, Tıbbi Tedavi İçin Yatış - Oda - Yemek - Refakatçi, Yardımcı Tıbbi Malzeme, Yoğun Bakım, Koroner Angiografi, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz Giderleri, Evde Bakım, Suni Uzuv, Rehabilitasyon, Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavi, Yatış Sonrası Fizik Tedavi, Tıbbi Danışmanlık ve Kara Ambulans Hizmetleri Teminatları.

Ayakta Tedavi Teminatları

Doktor Muayene, İlaç, Görüntüleme Hizmetleri, Laboratuvar, Fizik Tedavi, 40 Yaş Üstü Kontrol Mamografi & PSA Teminatları.

Ek Teminatlar

Doğum, Dış Tedavi, Check-up Teminatları.

TAMAMLAYAN SİGORTA ÜRÜNLERİNDE;

Yatarak Tedavi Teminatları

Ameliyat, Küçük Müdahaleler, Tıbbi Tedavi İçin Yatış, Tek Kişilik Oda - Yemek - Refakatçi, Ameliyat Malzeme, Yoğun Bakım, Koroner Angiografi, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz Giderleri Teminatları.

Ayakta Tedavi Teminatları

Doktor Muayene, Röntgen, Tahlil, Modern Teşhis Yöntemleri ve Fizik Tedavi Teminatları.

Ek Teminatlar

Doğum Teminatı

TAMAMLAYAN SİGORTA ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDIYLA;

Yatarak Tedavi Teminatı cerrahi ve dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, küçük müdahale, koroner anjiyografi giderlerinden oluşur. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.

Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- * Sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,
- * Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olması,
- * Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olan hastane ile Ray Sigorta A.Ş.'nin sigortalının tedavi göreceği branş adına Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası anlaşmasının olması,
- * Tedavi talep edilen rahatsızlığın Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Sigortalıların hastanede yatarak tedavi görmesi dışında doktor muayene, görüntüleme işlemleri, laboratuvar ve fizik tedavi işlemlerine ilişkin masraflar bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- * Sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,
- * Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olması,
- * Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olan hastane ile Ray Sigorta A.Ş.'nin sigortalının tedavi göreceği branş adına Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası poliçesi anlaşmasının olması,
- * Tedavi talep edilen rahatsızlığın Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

1. Doktor Muayene **
2. Görüntüleme ve Laboratuvar İşlemleri
3. Fizik Tedavi İşlemleri

** 2 ve 3 numaralı maddelerde yer alan teminatlar SGK kuralı gereği tek başlarına kullanılamaz, doktor muayenesi ile kullanılma zorunluluğu vardır.

Fizik tedavi işlemleri bir yıllık poliçe dönemi boyunca maksimum aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans ile sınırlıdır.

Ayakta Tedavi Teminatı poliçe dönemi içerisinde maksimum 8 kez kullanım ile sınırlıdır. 8 kullanım sonrası oluşabilecek diğer ayakta tedavi başvuruları kapsam dahilinde değerlendirilmeyecektir. Her bir muayene işlemi veya sigortalının sağlık kuruluşuna başvurusunda SGK

tarafından verilen takip numarasına müteakip istenen diğer işlemler 1 vaka (kullanım) olarak kabul edilir. SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından ileride uygulanabilecek bekleme süresince hamileliğin rutin kontrolleri, doğum giderleri ile her türlü kürtaj kapsam dışıdır.

Annelik Teminatı kapsamına giren harcamalar SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından uygulanan bekleme süresince sigorta kapsamı dışındadır. Sigortalı'nın farklı limitleri içeren planlar satın alması halinde, doğum yaptığı yıl içerisinde sahip olduğu teminat limiti geçerli olacaktır. Teminatlarımıza isteğe bağlı olarak Doğum Teminatı eklenebilmektedir.

Söz konusu Doğum Teminatı Yatarak ve Yatarak + Ayakta Tedavi Teminatı mevcut olan sigortalılar için ilave edilebilecektir. Doğum Teminatı poliçenin başladığı tarih itibarı ile alınabilmekte olup, ara dönemde Ek Teminat poliçeye eklenememektedir.

Doğum Ek Teminatı'nın alındığı poliçelere ilişkin iptal taleplerinde Ray Sigorta tarafından yapılacak değerlendirme neticesinde poliçenin prim iadesi yapıp yapılmayacağına karar verilir.

Gebelik süresince yapılacak rutin incelemeleri (Kan Sayımı, Açlık Kan Şekeri, Kan Grubu, Indirekt Coombs Testi, Hepatit B, Taşıyıcılık Testi, Mikrobik Testler, İdrar Tahlili, Tarama Testleri, Ense Kalınlığı Ölçümü ve Birinci Trimester Tarama ve Üçlü Tarama Testi, Dörtlü Tarama Testi, Amniosentez, Şeker Yükleme Testi, Ultrasonografi ve NST), hiperemesis, preeklampsi, düşük, düşük tehdidi, doğum komplikasyonları ve doğum eylemini (normal veya sezeryan (Genel Anestezi altında)) kapsamaktadır.

Doğum Teminatı kapsamındaki doğum eylemi dışındaki rutin kontrol ve incelemeler Ayakta Tedavi Teminat kapsamı olan yıllık 8 kez kullanım limitinden düşecektir. Gebelik süresince yapılacak rutin kontrollerde her bir muayene ve sonrasında yapılacak tetkikler 1 kez olarak değerlendirilecektir. Ayakta Tedavi Teminatı olmayan poliçelerde rutin kontrol ve incelemeler kapsam dışıdır.

Doğum Teminatı için; geçerli olacak kurumlara göre değişen paketler oluşturulmuştur. Sigortalının tercih edeceği pakete göre geçerli olacak kurumlara ve alınacak ek prim değişkenlik göstermekte olup, her paket ilgili kurumlarda geçerli olacaktır.

Doğum eyleminin (Sezeryan veya Normal Doğum) lokal ve / veya genel anestezi dışında günün koşullarına uygun farklı yöntem / tekniklerle yapılması durumunda standart Normal Doğum / Sezeryan Doğum bedeli ödenecek olup ve oluşacak fark sigortalı tarafından karşılanacaktır. Doğum Teminatı ek primi bir poliçe yılı için alınacak olup, doğum eyleminin ilgili poliçe döneminde gerçekleşmemesi ve tercih edilen Ek Teminat Paketi'ne ilişkin primde değişiklik olmaması halinde Ek Doğum Teminatı primine gerek olmadan bir sonraki yenilemede de Doğum Ek Teminatı geçerli olacaktır. Tercih edilen Doğum Ek Teminat Paketi'ne ilişkin ek primde değişiklik olması halinde Doğum Ek Teminatı prim farkı yenileme poliçesinde sigortalı tarafından ödenecektir.

C- GENEL BİLGİ VE UYARILAR

Sigorta hakkında daha detaylı bilgi almak için, talep halinde sigortacı tarafından verilecek Sağlık Sigortaları Genel Şartları'nı ve Poliçe Özel Şartlarını ve Sigorta Şirketi web sitesinden anlaşmalı sağlık kuruluşlarını dikkatlice inceleyiniz. Başvuru ve akdin müzakeresi sırasında da Sigorta Özel ve Genel Şartlar Kitapçığını talep halinde alabilirsiniz.

Poliçeye ilişkin peşinat ödenmeden sigorta teminatı başlamaz.

Sağlık sigortaları 3 günlükten büyük bebekler ve 64 yaş altındaki kişileri teminat altına almaktadır.

Poliçe tanzimi sırasında sigortacı, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri sigorta ettiren / sigortalının Sağlık Başvuru / Beyan Formu'nda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. Sigorta ettiren ve / veya sigortalı Sağlık Başvuru / Beyan Formu'nda kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür. Başvuru Formu'nda sorulmamış olsa bile sözleşme konusu rizikonun takdirine etkili olan ve tarafınızca bilinen diğer hususlarında başvuru sırasında beyan etme mükellefiyetiniz bulunmaktadır. Başvuru Formu'nda eksik bırakılan soru yanıtları HAYIR olarak işleme alınacaktır.

Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca tanınan hak ve imkânlarla ilave olarak, sigorta ettiren ve/veya sigortalının Sağlık Başvuru / Beyan Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut rahatsızlık/hastalıklarının olması veya poliçe teminatlarının sigortalı tarafından yarar sağlamak amacı ile kötü niyetle kullanılması halinde, Türk Ticaret Kanunu'nun 1435 ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6. Maddesi uyarınca poliçe sigortacı tarafından feshedilebilir veya bu rahatsızlık, hastalıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya ek prim alınarak poliçe devam ettirilebilir.

Tamamlayan Sağlık Sigortası, poliçede yazılı teminatlar ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumlarında, Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası Poliçesi özel şart ve limitleri dahilinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe teminat kapsamında değildir. K.K.T.C. yurt dışı olarak kabul edilir.

Bu sigorta, sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sözleşmeli sağlık kuruluşuna ödeyeceği ücretlere ek olarak sigortalının ödeyeceği ilave ücretlerini sadece Ray Sigorta A.Ş. tarafından belirlenmiş kurumlarda geçerli olmak üzere poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.

Sigorta poliçesinin kapsamı ancak Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerli olup, aksi durumda kişilerin poliçe kapsamına alınması söz konusu değildir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) müstahaklığını kaybeden sigortalılar Ray Sigorta A.Ş. Tamamlayan Sağlık Sigortası poliçesini devam ettirebilir ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden işlerlik kazanır.

Başvuru reddi, poliçe iptali işlemleri sigorta ettirenin beyanına istinaden alınmaktadır. İlgili işlemin tamamlanması sonucunda Başvuru Formu ekinde yer alan Bilgilendirme Formu ek belgenin başlangıç tarihi itibarıyla hükmünü kaybetmektedir.

T.T.K. 1434. Madde uyarınca ilk taksiti veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim ödenmez ise:

İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağı, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise:

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.

Sözleşmenin yapılmasından sonra, sigorta şirketinin izni olmadan, rizikoya etki edebilecek hususlarda meydana gelen değişikliklerin sekiz gün içinde Sağlık Sigortası Genel Şartları 7. Maddesi gereği sigorta şirketine bildirilmesi gerekir. Yanlış ya da eksik bilgi vermenin tazminat hakkınızı ortadan kaldıracığı veya aleyhinize sonuç doğuracağını nazara alarak lütfen sözleşmenin her aşamasında sigortacıya eksik ya da yanlış bilgi vermekten kaçınınız.

Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin saat 12:00'de başlar ve öğleyin saat 12:00'de sona erer.

Sağlık sigortası sözleşme süresi 1 yıldır. Poliçenin yenilenmesi, Ray Sigorta'nın onayının bulunması kaydıyla yeni döneme ait poliçe priminin ödenmesi koşulu ile olmaktadır.

Poliçe kapsamında bulunan sigortalılardan herhangi birinin, poliçe genel şartlarına ve uygulama esaslarına ters düşen, kasıtlı olarak yararı sağlama amacı güden bir girişimde bulunması durumunda, poliçe kapsamında bulunan tüm sigortalıların poliçesi derhal iptal edilecektir. Poliçe ile birlikte sağlık sigortası genel ve özel şartlarının yazılı olduğu kitapçık sigorta ettirene teslim edilmektedir.

Sağlık Sigortası poliçesi, sigortalının, Ray Sigorta'daki sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalıklarına ait muayene, tetkik ve tedavi giderlerini, poliçesinde belirtilen teminatların kapsamı ve limitleri dahilinde tazmin eder. Sigorta teminatı, kapsama alınan kişilerin doğuştan gelen rahatsızlıkları ve Ray Sigorta'daki sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş oldukları veya varlığından haberdar oldukları rahatsızlıklardan ileri gelebilecek muayene, tetkik ve tedavi giderlerini ve Sağlık Sigortası Özel Şartlarında yer alan poliçenin kapsamı dışındaki haller'i kapsamamaktadır. Daha detaylı bilgi için Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şartlarına bakınız.

TAMAMLAYAN SİGORTA ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDIYLA;

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili küçük müdahale ve yatarak tedavi giderleri rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından ileride uygulanabilecek bekleme süresince kapsam dışıdır.

Her türlü kanser, kalp hastalıkları, benign (iyi huylu) her türlü tümör kitle, polip, lipom, nodül, ben (nevüs), kist ve benzeri kitle lezyonlarının alınması, bademcik (Tonsil), geniz eti (Adenoid Vejetasyon), kulağa tüp takılması, sinüzit, kulak zarı cerrahisi, her türlü fitik (kasık fitiği, mide fitiği vb.), hemoroid, perianal abse, sfinkterotomi, pilonidal sinüs (kıl dönmesi), fistül, fissür ameliyatları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, prostat hipertrofisi, prostat hastalıkları, safra kesesi ve safra yolu hastalıkları, safra kesesi, safra yolu ve üriner sistemin taşlı hastalıkları, ESWL, varis, varikozel, hidrosel, myom, yumurtalık, meme ve rahim ameliyatları, adhezyolizis, inkontinans, bartolin kisti ve absesi, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), her türlü disk hernisi (bel fitiği, boyun fitiği vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), tünel sendromları, higroma, trigger finger, omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemler, katarakt, glokom ve tiroid hastalıkları, uyku apnesi nedeni ile yapılacak her türlü cerrahi girişim, uvula elongasyonu, sarkık damak ve benzeri rahatsızlıklar, Multiple Skleroz ve SLE (Lupus), tüm romatolojik hastalıklar, kist hidatik, organ yetmezlikleri, kaza hariç organ nakilleri, divertiküllere bağlı rahatsızlık / hastalıklar, inflamatuvar barsak hastalıkları, tüm kronik hastalıklar (Karaciğer hastalıkları, karaciğer biyopsisi, kist hidatik, pankreas, dalak hastalıkları, mide ve yemek borusu, hipertansiyon, diyabet, KOAH, astım, ince ve kalın barsak hastalıkları, GIS kanamaları, vb.) ve bekleme süresine tabi rahatsızlıklar / hastalıkların komplikasyonları.

Doğum Teminatı olan poliçelerde, bu teminattan ödenen tüm doğum, sezeryan, rutin hamilelik kontrolleri, düşükler (5) ay üzerindeki intrauterin ölü fetus hariç) ve bundan kaynaklanan her türlü komplikasyon.

Başka bir sigorta şirketinden ayrılıp Ray Sigorta'ya geçiş yapıldıysa, daha önceki şirketten kazanılmış hakları gösteren Geçiş Formu'nun ibraz edilmesi halinde, Sağlık Departmanı onayından geçen kazanılmış haklar şirketimiz tarafından da tanınır. Bununla birlikte, eski poliçede teminat kapsamında olan ama bu sigortada bulunmayan hizmetler kapsam dışı kalacaktır.

Şirket değişikliği ya da daha geniş teminatlar içeren bir sigortaya geçiş halinde, önceki dönemden gelen hastalıklara ait tedavi giderleri, eski sözleşme koşulları çerçevesinde sigorta şirketi onayı sonrası ödenebilir. Sigortalıların bir üst plana / ürüne ve / veya farklı üründen Tamamlayan Sağlık Sigortası ürününe geçiş talebi olması halinde veya Ayakta Tedavi Teminatı içermeyen planlardan Ayakta Tedavi Teminatı içeren planlara geçiş talebi olması halinde Ray Sigorta yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu talebin karşılanıp karşılanamayacağına karar verir. Sigortalının üst plana / ürüne ve / veya farklı üründen Tamamlayan Sağlık Sigortası ürününe geçiş talebi veya Ayakta Tedavi Teminatı içermeyen planlardan Ayakta Tedavi Teminatı içeren planlara geçiş talebi haricinde Ray Sigorta tarafından ürün ve / veya limit değişikliği yapılamaz.

SAĞLIĞIM RAYINDA ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDIYLA;

Poliçede Doğum Teminatı'nın olması halinde; Sigortalılığın ilk yılı içerisinde hamileliğin rutin kontrolleri, doğum giderleri ile her türlü kürtaj kapsam dışıdır. Amniosentez, hiperemesis, preeklampsi, düşük, düşük tehdidi, erken doğum, normal doğum, sezaryen, doğum komplikasyonları, lohusalıkla ilgili giderler vb. poliçede yazılı limit ve iştirak oranınca Doğum Teminatı'ndan karşılanır. Annelik Teminatı kapsamına giren harcamalar şirketimizdeki ilk sigortalanma tarihini takip eden 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır. Sigortalının bu teminata hak kazanması için ilk yıl Doğum Teminatı'nın yer aldığı ürün satın alması ve her yenileme döneminde Doğum Teminatı içeren bir ürün satın almaya devam etmesi gerekmektedir. Sigortalının farklı limitleri içeren planlar satın alması halinde, doğum yaptığı yıl içerisinde sahip olduğu teminat limiti geçerli olacaktır.

MEDIRAY ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDIYLA;

Poliçede Doğum Teminatı'nın olması halinde; Sigortalılığın ilk yılı içerisinde hamileliğin rutin kontrolleri, doğum giderleri ile her türlü kürtaj kapsam dışıdır. Amniosentez, hiperemesis, preeklampsi, düşük, düşük tehdidi, erken doğum, normal doğum, sezaryen, doğum komplikasyonları, lohusalıkla ilgili giderler vb. poliçede yazılı limit ve iştirak oranınca Doğum Teminatı'ndan karşılanır. Annelik Teminatı kapsamına giren harcamalar şirketimizdeki ilk sigortalanma tarihini takip eden 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır. Sigortalının bu teminata hak kazanması için ilk yıl Doğum Teminatı'nın yer aldığı ürün satın alması ve her yenileme döneminde doğum teminatı içeren bir ürün satın almaya devam etmesi gerekmektedir. Sigortalının farklı limitleri içeren planlar satın alması halinde, doğum yaptığı yıl içerisinde sahip olduğu teminat limiti geçerli olacaktır. Sigortalı bayanın Bekleme Süresiz Doğum Ek Teminatı'nı alması ve gebeliğin poliçe başlangıç tarihi sonrasında başlaması halinde 12 aylık bekleme süresi uygulanmamaktadır. Geçiş poliçelerde, Doğum Teminatı kazanılmış hak olarak kabul edilmez.

SAĞLIĞIM RAYINDA / RAY C EXTRA / MEDIRAY ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDIYLA;

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili yatarak tedavi giderleri rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 12 ay süre ile kapsam dışıdır.

Poliçenin ilk yılında ortaya çıkmış, benign (iyi huylu) her türlü tümoral kitle, polip, lipom, nodül, ben (nevüs), kist ve benzeri kitle lezyonlarının alınması, bademcik (Tonsil), geniz eti (Adenoid Vegetasyon), kulağa tüp takılması, sinüzit, kulak zarı cerrahisi, her türlü fitik (kasık fitiği, mide fitiği vb.), hemoroid, perianal abse, sfinkterotomi, pilonidal sinüs (kıl dönmesi), fistül, fissür ameliyatları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, prostat hipertrofisi, prostat hastalıkları, safra kesesi ve safra yolu hastalıkları, safra kesesi, safra yolu ve üriner sistemin taşlı hastalıkları, ESWL, varis, varikosel, hidrosel, myom, yumurtalık, meme ve rahim ameliyatları, adhezyolizis, inkontinans, bartolin kisti ve absesi, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), her türlü disk hernisi (bel fitiği, boyun fitiği vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), tünel sendromları, higroma, trigger finger, omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemler, katarakt, glokom ve tiroid hastalıkları, uyku apnesi nedeni ile yapılacak her türlü cerrahi girişim, uvula elongasyonu, sarkık damak ve benzeri rahatsızlıklar, Multiple Skleroz ve SLE (Lupus), tüm romatolojik hastalıklar, kist hidatik, organ yetmezlikleri, kaza hariç organ nakilleri, divertiküllere bağlı rahatsızlık / hastalıklar, inflamatuvar barsak hastalıkları, tüm kronik hastalıklar (Karaciğer hastalıkları, karaciğer biyopsisi, pankreas, dalak hastalıkları, mide ve yemek borusu, hipertansiyon, diyabet, KOAH, astım, ince ve kalın barsak hastalıkları vb.) ve bekleme süresine tabi rahatsızlıklar/hastalıkların komplikasyonları. Doğum teminatı olan poliçelerde, bu teminattan ödenen tüm doğum, sezaryen, rutin hamilelik kontrolleri, düşüklük (5 ay üzerindeki intrauterin ölü fetus hariç) ve bundan kaynaklanan her türlü komplikasyonlar.

MEDIRAY ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDIYLA;

Sigortalı bayanın Bekleme Süresiz Doğum Ek Teminatı'nı alması ve gebeliğin poliçe başlangıç tarihi sonrasında başlaması halinde 12 aylık bekleme süresi uygulanmamaktadır. Geçiş poliçelerde, Doğum Teminatı kazanılmış hak olarak kabul edilmez.

Diğer sigorta şirketlerinden Ray Sigorta'ya geçen sigortalılara 1 yıllık bekleme süreleri uygulanmayacaktır. Ancak diğer sigorta şirketlerinden geçiş yapan sigortalılara Doğum Teminatı'nın olması halinde Ray Sigorta'daki ilk yıllarında gebelik mutad kontrolleri ve Doğum Teminatı ile ilgili giderler ödenmeyecektir.

Bir poliçe yılı içerisinde kapsam dahilindeki hastalık / hastalıkların tedavisi için Sigortalının hastanede yatış süresi toplam 180 gün ile vaka başına 60 gün ile sınırlıdır. Yoğun Bakım Teminatı bir poliçe yılı içerisinde (yıllık yatarak tedavi limiti olan 180 gün dikkate alınarak) toplam 90 gün ile sınırlıdır. Yatarak tedavi kapsamında hastane yatış süresi, ömür boyu 720 gün ile sınırlıdır. Ray Sigorta A.Ş.'de kesintisiz 10 yıl ve daha uzun sürede sigortalı kalan sigortalılar ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) olan sigortalılar için, ömür boyu yatış süresi sınırlaması uygulanmaz.

Sigortalı / Sigortalıların poliçede / zeyilnamede, belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve / veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masraflarını, poliçe / zeyilnameye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, T.T.K., Genel hükümler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alır.

Sigortacı sigortalının sağlık riskini değerlendirebilmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi halinde, Ray Sigorta ihtiyaç görmesi durumunda sigortalının sağlık durumunun tespiti için hekim görüşünün alınmasını isteyebilir. Bahse konu işleme ilişkin masraflar Ray Sigorta tarafından karşılanmaktadır. Sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermemesi halinde ise hekim görüşüne ilişkin masraflar sigorta ettiren ve / veya sigortalı tarafından karşılanmaktadır. Sağlık durumu ve / veya Risk Kabul Yönetmeliği doğrultusunda şirketin başvuru reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır. Sigorta şirketlerinin risk değerlendirmesi yapılabilmesini teminen sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, SBGM'den, SGK'dan ve Sağlık Bakanlığı'ndan, sigortalının yazılı onayına rağmen, bilgi ve belge temin edilememesi durumunda Sağlık Sigortalı Yönetmeliği'nin 5. Maddesinin 4. Fıkrası kapsamında işlem yapılır.

Sigorta şirketi, sigorta süresi öncesi ve sonrasında sigortalıyı tedavi eden tüm doktorlar, sağlık kuruluşları ve üçüncü şahıslardan sigortalının sağlık özgeçmişi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını isteme hakkına sahiptir. Sigortalı iyi niyet kuralları çerçevesinde, bunu yerine getirmeyi kabul etmezse, sigortacı tazminatı ödememe veya anlaşmayı iptal etme yoluna gidebilir.

Şirketimizde mevcut olan kimlik, adres telefon vb. bilgilerinizin değişikliğinde size daha rahat ulaşabilmemiz için lütfen acenteniz ve / veya **444 4 729** numaralı telefon ile irtibata geçiniz.

Ray Sigorta A.Ş. sigortalının yazılı onayının alınması sonrası ve / veya Beyan Formu'nda yer alan onayına istinaden gerekli gördüğü takdirde sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kuruluşu, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Sağlık Bakanlığı, SAGMER ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkına sahiptir. Sigortalı poliçe satın alması ile kendi sağlık geçmişi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme hakkı için Ray Sigorta A.Ş.'ye izin vermiş olur. Ray Sigorta A.Ş. bu inceleme için kendi adına bağımsız temsilciler atayabilir. Sigortalılar tarafından başvuru aşamasında beyan edilmiş beyana konu olan sağlık bilgilerinin, Sağlık Sigortalıları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAGMER) tarafından talep edilmesi halinde, Sağlık Sigortalıları Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne (SAGMER) Ray Sigorta A.Ş. tarafından iletilecek olup, gerektiğinde SAGMER'den bu bilgilerin temin edilmesi mümkün olacaktır.

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

Sigortacı, yenileme dönemlerinde teminatlar, teminat limitleri ve teminatlara bağlı primleri makul ölçüler içinde belirler. Ray Sigorta ÖBYG (Ömür Boyu Yenileme Garantisi) hakları saklı kalmak kaydı ile ürün özel şartlarında, teminat içeriğinde, teminat dışı kalan haller listesinde, teminat limitleri ve poliçe primlerinde değişiklik yapabilir. Yapılan değişiklikler, her bir sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur.

SAĞLIĞIM RAYINDA / MEDIRAY / RAY C EXTRA

Vadesi dolan sağlık sigortası poliçesi 30 gün içinde yenilenmelidir. Poliçenin 30 gün içinde yenilenmemesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran yeni bir müşteri olarak kabul edilir.

TAMAMLAYAN SİGORTA

Vadesi dolan sağlık sigortası poliçesi 15 gün içinde yenilenmelidir. Poliçenin 15 gün içinde yenilenmemesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran yeni bir müşteri olarak kabul edilir.

Sigorta için ödenen primler vergiden düşülebilir. Bu konuda sigortacınıza danışmanız gerekmektedir.

İleride doğacak ihtilafları önlemek için prime ait peşinatı nakit vermeniz durumunda makbuz almayı unutmayınız.

D- PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Satışta olan ürünlerin primleri, sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak her bir yaş ve cinsiyet için %25 peşin + 5 eşit taksit ödeme planı ve iline göre sigorta şirketi tarafından belirlenen ve sigorta şirketinin uygun gördüğü dönemlerde revize edilen prim bedelleridir.

Ürünlerimizin fiyatlarını belirlerken, medikal enflasyon (Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'ne bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırma değişimi), özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç fiyatlarındaki değişim, ameliyatlarda kullanılan sarf malzeme fiyat artışı, teknolojiye yeni gelişmelere bağlı olarak karımıza çıkan yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri, ürün kar / zarar durumu, genel giderler, komisyon payı, portföyün yaşlanması, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görünen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınmaktadır. Ürün fiyatları gerekli görüldüğü durumlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir. Prim tespitine ilişkin kriterlere istinaden yapılan değerlendirmeler sonrası Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) olan sigortalılar da dahil olmak üzere her yaş ve cinsiyete ilişkin tarife priminin 3 katına kadar artış yapılabilir.

İlk defa sigortalanan kişilerin prim tespitinde ürün tablo fiyatı kullanılır. Önceki dönemlerde şirketimizden sağlık poliçesi almış ancak daha sonra poliçesini devam ettirmemiş kişilerin şirketimizden tekrar yeni iş olarak sağlık sigortası talep etmeleri durumunda önceki dönemlerdeki sağlık durumu, sağlık harcamaları gibi kriterlerin göz önüne alınması sonucu kişiye ait prim tablo priminden daha düşük veya daha yüksek çıkabilir.

SAĞLIĞIM RAYINDA / MEDIRAY / RAY C EXTRA ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDIYLA;

İkamet edilen il, aile olmak, ek teminatlar (örneğin doğum vb.), ilk defa poliçe sahibi olması, kişilere özel uygulanan hastalık ek primi, sigortalının poliçeyi kullanma sıklığı, başka şirketten alınan poliçelere veya gruplara verilebilecek özel indirimler veya ek primler tablo fiyatının artmasına veya azalmasına neden olabilmektedir. İlk defa sigortalanan kişilerde sigorta şirketi tarafından Riziko Kabul Yönetmeliği'nde belirlenen oranlarda yeni iş indirimi uygulanabilir.

Bebğin dünyaya gelmesini takip eden en az 72 saat sonra doğum belgesi ve Sigortalı Başvuru / Beyan Formu ile başvuruda bulunulması, Sigorta Ettiren tarafından Sigorta Şirketi tarifesinde yer alan primin kabul edilmesi ve başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilmesi halinde poliçe başvuru tarihi itibarıyla düzenlenir.

Sigorta başlangıç tarihinden sonra aile kapsamına eş, çocuk eklenmesi durumunda ya da plan değişikliği talebinde bulunulması durumunda Sigortacının ilgili talebi kabul etmeme hakkı saklı kalmak kaydıyla Sağlık Sigortası Özel Şartları kapsamı dahilinde değerlendirme yapılır.

TAMAMLAYAN SİGORTA ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDIYLA;

Şirket değişikliği ya da daha geniş teminatlar içeren bir sigortaya geçiş halinde, önceki dönemden gelen hastalıklara ait tedavi giderleri, eski sözleşme koşulları çerçevesinde sigorta şirketi onayı sonrası ödenebilir. Sigortalıların bir üst plana / ürüne ve / veya farklı üründen Tamamlayan Sağlık Sigortası ürününe geçiş talebi olması halinde veya ayakta tedavi teminatı içermeyen planlardan Ayakta Tedavi Teminatı içeren planlara geçiş talebi olması halinde Ray Sigorta yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu talebin karşılanıp karşılanamayacağına karar verir. Sigortalının üst plana / ürüne ve / veya farklı üründen Tamamlayan Sağlık Sigortası ürününe geçiş talebi veya Ayakta Tedavi Teminatı içermeyen planlardan Ayakta Tedavi Teminatı içeren planlara geçiş talebi haricinde Ray Sigorta tarafından ürün ve / veya limit değişikliği yapılamaz.

Sigortalılığın en az beş yıldan beri aynı plandan kesintisiz devam etmesi ve sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanmış olması ve belirtilen hastalıkların teşhisinin beşinci yıldan sonra konması halinde ömür boyu yenileme hakkını kazandıkları tarihten sonra ortaya çıkan hastalıkları, yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmamakta ve hastalık ve tazminat / prim oranına bağlı ek prim alınmamaktadır.

Sigortalıların primleri, indirimleri ve vadeleri, teminatları, limit, katılım vb. plan bilgileri poliçe üzerinde belirtilir. Grup poliçesinden ferdi poliçeye geçen sigortalılarda tazminat / prim indirimi uygulanmamaktadır.

Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş ve cinsiyet baz alınarak hesaplanır.

Sigortacı aşağıda belirtilen şartlarda poliçeler için indirim ve / veya ek prim uygulayabilmektedir.

Henüz Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanmamış olan sigortalılar için bir önceki sigorta yılı içerisinde teşhisi konan, ancak tedavisi mümkün olmayan ve / veya tekrarlama ihtimali yüksek ve / veya kronik hastalıklarda ve sigortanın kullanım sıklığına bağlı olarak, yeni yıl primlerine tazminat / prim oranından bağımsız olarak ek prim konabilir, katılım protokolü uygulanabilir ve / veya o hastalıkla ilgili tedaviler istisna kabul edilebilir. Konulacak olan ek prim tutarı, bir önceki yılın toplam poliçe primini aşmayacaktır.

Sigortalılığın en az beş yıldan beri kesintisiz devam etmesi fakat sigortalının henüz Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanmamış olması ve belirtilen hastalıkların teşhisinin beşinci yıldan sonra konması halinde ek prim, hastalıkla ilgili limit ve / veya katılım protokolü uygulanabilir, ancak istisna uygulanmamaktadır. Her yenilemede uygulanabilecek ek prim oranı bir önceki yılın toplam poliçe primini aşmamak kaydı ile uygulanacaktır.

Ürün değişikliği yapan sigortalılar, mevcut üründe hak etmiş oldukları indirim ya da ek prim oranı üzerinden değil, yeni alınan ürün ve plandaki hasarsızlık indirimi ve ek prim uygulamasına tabi olurlar. Sigortanın yenilenmesi esnasında son yılın tazminat / prim oranının değerlendirilmesi sonucu yeni yıl primlerine aşağıda belirlenen koşul ve oranlarda indirim veya medikal risk değerlendirmesine ek olarak ek prim uygulanabilir.

SAĞLIĞIM RAYINDA / RAY C EXTRA ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDIYLA;

Tazminat / Prim Oranı (%)	PLAN	
	Ayakta + Yatarak İndirim / Ek Prim (%)	Yatarak İndirim / Ek Prim (%)
0 - 5	%35 indirim	%15 indirim
6 - 15	%30 indirim	%10 indirim
16 - 25	%25 indirim	%10 indirim
26 - 35	%20 indirim	%5 indirim
36 - 50	%15 indirim	%5 indirim
51 - 60	0	0
61 - 100	0	0
101 - 150	%50'ye kadar ek prim	%50'ye kadar ek prim
151 - 200	%75'e kadar ek prim	%75'e kadar ek prim
201 ve üstü	%100'e kadar ek prim	%100'e kadar ek prim

Tazminat / Prim Oranı (%)	PLAN	
	Ayakta + Yatarak İndirim / Ek Prim (%)	Yatarak İndirim / Ek Prim (%)
0 - 5	%25 indirim	%10 indirim
6 - 15	%20 indirim	%10 indirim
16 - 25	%15 indirim	%10 indirim
26 - 35	%10 indirim	%5 indirim
36 - 50	%5 indirim	%5 indirim
51 - 60	0	0
61 - 100	0	0
101 - 150	%50'ye kadar ek prim	%50'ye kadar ek prim
151 - 200	%75'e kadar ek prim	%75'e kadar ek prim
201 ve üstü	%100'e kadar ek prim	%100'e kadar ek prim

**MEDIRAY ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDIYLA;
TAMAMLAYAN SİGORTA ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDIYLA;**

Tazminat / Prim Oranı (%)	PLAN	
	Ayakta + Yatarak İndirim / Ek Prim (%)	Yatarak İndirim / Ek Prim (%)
0	% 5 indirim	% 5 indirim
101 - 150	%50'ye kadar ek prim	%50'ye kadar ek prim
151 - 200	%75'e kadar ek prim	%75'e kadar ek prim
201 ve üstü	%100'e kadar ek prim	%100'e kadar ek prim

Tazminat / prim oranına göre indirimden yararlanan Sigortalı'nın indirim hakkı kazandığı poliçe dönemi için daha sonradan tazminat alması halinde ise indirim geçersiz kalır, ya da oran değişir ve uygulanmış bulunan indirim tutarı / fark primi zeyilname ile prime ilave edilir.

**SAĞLIĞIM RAYINDA / MEDIRAY / RAY C EXTRA ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDIYLA;
AİLE İNDİRİMİ**

Bireysel poliçelerde; Sigortalı kişinin kapsam altına alınmış kanunen evli olduğu eşi, 18 yaşını aşmamış veya tam gün yüksekokulda okuyan 25 yaşını aşmamış bekar çocukları, üvey çocukları ve kanuni yoldan evlat edindiği çocuklarının aile bağı kapsamında sigortalanması halinde %10 aile indirimi uygulanmaktadır.

İLK SİGORTALI İNDİRİMİ

Bireysel poliçelerde %10 ilk sigortalı indirimi uygulanmaktadır.

E- RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ

Tazminat başvurusu için gereken bilgi ve belgeler poliçeniz ile birlikte istenmelidir.

Rizikonun gerçekleşmesi durumunda en kısa zamanda sigortacıya bilgi verilmesi gerekmektedir.

Bildirim esnasında sigortacı tarafından verilen talimatlar çerçevesinde hareket edilmelidir.

Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme borcu sigortacıya aittir.

F- SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE SÖZLEŞMEDE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ

**SAĞLIĞIM RAYINDA / MEDIRAY / RAY C EXTRA ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDI İLE;
Sözleşmenin Yenilenmesi**

Sigortacı, ÖBYG (Ömür Boyu Yenileme Garantisi) hakları saklı kalmak kaydı ile ürün özel şartlarında, teminat içeriğinde, teminat dışı kalan haller listesinde, teminat limitleri ve poliçe primlerinde değişiklik yapabilir. Yapılan değişiklikler, her bir sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur. Vadesi dolan sağlık sigortası poliçesi 30 gün içinde yenilenmelidir. Poliçenin 30 gün içinde yenilenmemesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran yeni bir müşteri olarak kabul edilir.

Sigortacı ilk beş poliçe yılı boyunca her yenileme döneminde Sigorta Ettiren / Sigortalı'ya risk ve tazminat / prim oranı değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme sonucunda Sigorta Ettiren / Sigortalı standart olarak kabul edilebileceği gibi, beyan edilen veya poliçe yılı içerisinde ortaya çıkan hastalık / rahatsızlıklar için ek prim, istisna, bekleme süresi, üst limit veya katılım protokolü uygulanarak da kabul edilebilir.

Henüz Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanmamış olan sigortalılar için bir önceki sigorta yılı içerisinde teşhisi konan, ancak tedavisi mümkün olmayan ve / veya tekrarlama ihtimali yüksek ve / veya kronik hastalıklarda ve sigortanın kullanım sıklığına bağlı olarak, yeni yıl primlerine tazminat / prim oranından bağımsız olarak ek prim konabilir, üst limit, katılım protokolü uygulanabilir ve / veya o hastalıkla ilgili tedaviler istisna kabul edilebilir. Konulacak olan ek prim tutarı, bir önceki yılın toplam poliçe bedelini aşmayacaktır.

Sigortalıya ait özel istisnalar, poliçe yenilediğinde Sigorta Şirketince hükümsüzlüğüne karar verilmedikçe yenilenen poliçelerde de aynı şekilde devam eder.

Bireysel yenileme poliçelerin tanziminde Sağlık Başvuru / Beyan Formu'nun doldurulması talep edilmez. Yenileme aşamasında Yenileme Formu'nun doldurulması talep edilmektedir.

Sigorta şirketi poliçe açılırken veya poliçe süresi içerisinde sigortalıya ait sağlık bilgilerini (poliçe öncesine ait olsa dahi) özel veya resmi sağlık kurumlarından, özel sigorta şirketlerinden veya Sigorta Bilgi Merkezi'nden isteme hakkına sahiptir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Ray Sigorta A.Ş.'de kesintisiz olarak 5 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş sigortalılar sağlık riskleri Sigorta Şirketi tarafından incelenerek ömür boyu yenileme garantisine aşağıdaki şartlar dahilinde hak kazanabilirler.

Ray Sigorta, Ömür Boyu Yenileme Garantisi taşıyacak yeni sözleşmenin teminatlarını ve primini tespit edebilmek için geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri de dikkate alır. Sigortalının mevcut veya riskli hastalık ve rahatsızlıklarına, hastalık ek primi, limit ve sigortalı katılım payı uygulanabilir veya bunları teminat kapsamı dışında bırakabilir.

Sigorta bir yıl sürelidir. Ancak sigortanın 5 yıl üstüste hiç kesintiye uğratmadan yenilenmesi, azami iyi niyet prensibine aykırı hareket edilmemiş olması ve Sağlık Departmanı'nın altıncı yıl sigortalı olarak uygun görmesi, 5 yıl boyunca her bir yıl hasar prim oranının %80 ve altında olması ve Ömür Boyu Yenileme Garantisiyle ilgili farklı bir görüş belirtmemesi durumunda, sigortalı aynı plan ile Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip olur. Sigortalıların Ray Sigorta'da Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını kazandıkları tarihten sonra ortaya çıkan hastalıkları, yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmamakta, tazminat prim oranına bağlı olarak ek prim alınmamakta ve söz konusu hastalıklar için hastalık ek primi alınmamaktadır. Yönetmelik kapsamında ÖBYG verildikten sonra "aynı plan" ile yenileme yükümlülüğü bulunmaktadır. ÖBYG öncesinde şirket, sigortalı ile anlaşılan bir plan üzerinden yenileme yapma hakkına haizdir.

Sigortacı ilk beş poliçe yılı boyunca her yenileme döneminde Sigorta Ettiren / Sigortalı'ya risk ve tazminat / prim oranı değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme sonucunda Sigorta Ettiren / Sigortalı standart olarak kabul edilebileceği gibi, beyan edilen veya poliçe yılı içerisinde ortaya çıkan hastalık / rahatsızlıklar için ek prim, istisna, bekleme süresi, üst limit veya katılım protokolü uygulanarak da kabul edilebilir. Sigorta Şirketi, Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olan sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildikten sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamını daraltmamakta, teminat limitini düşürmemekte, sigortalı katılım payını arttırmamakta ve sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapmamaktadır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olan Sigortalı'nın başvuru sırasında vermiş olduğu sağlık beyanında poliçe primi ve / veya sigortalıya ait ek şartlarını değiştirecek gerçeğe aykırılık saptanırsa veya sigortalı olmadan önce varolan beyan edilmemiş bir hastalık veya rahatsızlığının Sigortacı tarafından tespit edilmesi (Bkz. Genel Şartlar Madde 6) halinde tespit edildiği tarih itibarı ile poliçesi iptal edilebilir, Ömür Boyu Yenileme Garantisi iptal edilebilir veya tespit edilen hastalık ve / veya rahatsızlık için ek prim, katılım protokolü, üst limit veya istisna uygulanabilir. Bu durumda Ömür Boyu Yenileme Garantisi ilgili hastalık / rahatsızlığa uygulanan istisna, katılım protokolü, üst limit veya ek primle birlikte devam eder. Ek prim uygulaması yerine Sigortalı isterse bu rahatsızlığı / hastalığı ile ilgili istisna uygulanabilir.

Doğum masrafları Ray Sigorta A.Ş. tarafından karşılanan sağlık sorunu olmayan yeni doğan bebekler, doğum tarihi itibarı ile 72 saat - 1 ay arasındaki sürede Sigorta Ettiren tarafından Sigorta Şirketi'nin tarifesinde yer alan primin kabul edilmesi kaydıyla sigortalı oldukları takdirde, yapılacak risk analizi neticesinde, doğuştan gelen rahatsızlıkları kapsam dışı kalmak şartıyla sigorta başlangıç tarihi itibarıyla Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanabilirler.

0 - 18 yaş arasındaki çocuklar 1 yıl beklemeleri halinde, yapılacak risk analizi neticesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanabilirler.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi bireye özel olarak verilir. Aile bireyleriyle birlikte sağlık sigortası kapsamında olan kişi / kişilerden birisine Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmesi, poliçedeki diğer aile bireylerine de yenileme garantisi verildiği anlamına gelmez.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanan sigortalılardan yenileme döneminde alınacak olan maksimum yaş ek primi, bir önceki yılın toplam poliçe primini aşamaz ve bir önceki yıl poliçe için ödenen tutarla yenilenecek dönemde sigortalının poliçenin tarife prim toplamı, maksimum prim olarak sigortalıya sunulabilir. 70 yaşından sonra maksimum ek prim %300'ü geçmeyecektir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen sigortalının son kullandığı ürün yenileme esnasında şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı saklı tutulmak şartı ile sigortalının da onayı alınarak aynı şartları haiz, yoksa en yakın bireysel tarifelerinden biriyle yenilemesi yapılır.

Sigortalının ilk 5 yılında saptanan malignensi, kronik böbrek yetmezliği, geçirilmiş miyokard enfarktüsü, siroz ve karaciğer yetmezlikleri, MS (multipl skleroz), geçirilmiş CVA (serebrovasküler atak) ve inme durumlarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmemektedir.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, diğer şirkette Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış olan sigortalının bu hakkının verilebilmesi için sağlık profilini belgelendirmesi gerekmektedir. Kişinin belgeleri Sağlık Departmanı tarafından incelenerek risk değerlendirmesi yapılır ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin veriliş verilmeyeceğine karar verilir. Sigortalının geniş kapsamlı bir plandan daha dar kapsamlı bir plana geçiş talebi olması halinde yapılacak risk değerlendirmesi neticesinde Sağlık Departmanı onayı ile sigortalının kazanmış olduğu hakları verilir.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi almamış olan sigortalının bu hakkının verilebilmesi için diğer sigorta şirketinde geçirmiş olduğu süre dikkate alınarak en az 5 yıllık sigortalılık süresini kesintisiz tamamlaması ve son 5 yıl ortalama Hasar / Prim Oranı'nın %80'in altında olması kaydıyla sağlık profilini belgelendirmesi sonrası belgeler Riziko Kabul Departmanı tarafından incelenerek risk değerlendirmesi yapılır ve mevcut duruma göre muafiyet, katılım protokolü veya ek prim uygulaması yapılarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin veriliş verilmeyeceğine karar verilir. Sigortalının geniş kapsamlı bir plandan daha dar kapsamlı bir plana geçiş talebi olması halinde, yapılacak risk değerlendirmesi neticesinde sigortalının kazanmış olduğu hakların hangi koşullarla devam edip ettirilmeyeceğine karar verilir.

TAMAMLAYAN SİGORTA ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDI İLE;

Sözleşmenin Yenilenmesi

Sigortacı, ÖBYG (Ömür Boyu Yenileme Garantisi) hakları saklı kalmak kaydı ile ürün özel şartlarında, teminat içeriğinde, teminat dışı kalan haller listesinde, teminat limitleri ve poliçe primlerinde değişiklik yapabilir. Yapılan değişiklikler, her bir sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur. Vadesi dolan sağlık sigortası poliçesi 15 gün içinde yenilenmelidir. Poliçenin 15 gün içinde yenilenmemesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran yeni bir müşteri olarak kabul edilir.

Sigortacı ilk beş poliçe yılı boyunca her yenileme döneminde Sigorta Ettiren / Sigortalı'ya risk ve tazminat / prim oranı değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme sonucunda Sigorta Ettiren / Sigortalı standart olarak kabul edilebileceği gibi, beyan edilen veya poliçe yılı içerisinde ortaya çıkan hastalık / rahatsızlıklar için ek prim, istisna, bekleme süresi, üst limit veya katılım protokolü uygulanarak da kabul edilebilir.

Henüz Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanmamış olan sigortalılar için bir önceki sigorta yılı içerisinde teşhisi konan, ancak tedavisi mümkün olmayan ve / veya tekrarlama ihtimali yüksek ve / veya kronik hastalıklarda ve sigortanın kullanım sıklığına bağlı olarak, yeni yıl primlerine tazminat / prim oranından bağımsız olarak ek prim konabilir, üst limit, katılım protokolü uygulanabilir ve / veya o hastalıkla ilgili tedaviler istisna kabul edilebilir. Konulacak olan ek prim tutarı, bir önceki yılın toplam poliçe bedelini aşmayacaktır.

Sigortalıya ait özel istisnalar, poliçe yenilediğinde Sigorta Şirketi'nce hükümsüzlüğüne karar verilmedikçe yenilenen poliçelerde de aynı şekilde devam eder.

Bireysel yenileme poliçelerin tanziminde Sağlık Başvuru / Beyan Formu'nun doldurulması talep edilmez. Yenileme aşamasında yenileme formunun doldurulması talep edilmemektedir.

Sigorta şirketi poliçe açılırken veya poliçe süresi içerisinde sigortalıya ait sağlık bilgilerini (poliçe öncesine ait olsa dahi) özel veya resmi sağlık kurumlarından, özel sigorta şirketlerinden veya Sigorta Bilgi Merkezi'nden isteme hakkına sahiptir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Ray Sigorta A.Ş.'de kesintisiz olarak 5 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş sigortalılar sağlık riskleri Sigorta Şirketi tarafından incelenerek Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne aşağıdaki şartlar dahilinde hak kazanabilirler.

Ray Sigorta, Ömür Boyu Yenileme Garantisi taşıyacak yeni sözleşmenin teminatlarını ve primini tespit edebilmek için geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri de dikkate alır. Sigortalının mevcut veya riskli hastalık ve rahatsızlıklarına, hastalık ek primi, limit ve sigortalı katılım payı uygulayabilir veya bunları teminat kapsamı dışında bırakabilir.

Sigorta bir yıl sürelidir. Ancak sigortanın 5 yıl üstüste hiç kesintiye uğratmadan yenilenmesi, azami iyi niyet prensibine aykırı hareket edilmemiş olması ve Sağlık Departmanı'nın altıncı yıl sigortalanmasını uygun görmesi, 5 yıl boyunca her bir yıl hasar / prim oranının %80 ve altında olması ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'yle ilgili farklı bir görüş belirtmemesi durumunda, sigortalı aynı plan ile Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip olur. Sigortalıların Ray Sigorta'da Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını kazandıkları tarihten sonra ortaya çıkan hastalıkları, yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmamakta, tazminat prim oranına bağlı olarak ek prim alınmamakta ve söz konusu hastalıklar için hastalık ek primi alınmamaktadır. Yönetmelik kapsamında ÖBYG verildikten sonra "aynı plan" ile yenileme yükümlülüğü bulunmaktadır. ÖBYG öncesinde şirket, sigortalı ile anlaşılan bir plan üzerinden yenileme yapma hakkına haizdir.

Sigortacı ilk beş poliçe yılı boyunca her yenileme döneminde Sigorta Ettiren / Sigortalı'ya risk ve tazminat / prim oranı değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme sonucunda Sigorta Ettiren / Sigortalı standart olarak kabul edilebileceği gibi, beyan edilen veya poliçe yılı içerisinde ortaya çıkan hastalık / rahatsızlıklar için ek prim, istisna, bekleme süresi, üst limit veya katılım protokolü uygulanarak da kabul edilebilir. Sigorta Şirketi, Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olan sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildikten sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamını daraltmamakta, teminat limitini düşürmemekte, sigortalı katılım payını arttırmamakta ve sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapmamaktadır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olan Sigortalı'nın sigortalanmadan önce varolan beyan edilmemiş bir hastalık veya rahatsızlığının Sigortacı tarafından tespit edilmesi (Bkz. Genel Şartlar Madde 6) halinde tespit edildiği tarih itibarı ile poliçesi iptal edilebilir, Ömür Boyu Yenileme Garantisi iptal edilebilir veya tespit edilen hastalık ve / veya rahatsızlık için ek prim, katılım protokolü, üst limit veya istisna uygulanabilir. Bu durumda Ömür Boyu Yenileme Garantisi ilgili hastalık / rahatsızlığa uygulanan istisna, katılım protokolü, üst limit veya ek primle birlikte devam eder. Ek prim uygulaması yerine Sigortalı isterse bu rahatsızlığı / hastalığı ile ilgili istisna uygulanabilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanan sigortalılardan yenileme döneminde alınacak olan maksimum yaş ek primi, bir önceki yılın toplam poliçe primini aşamaz ve bir önceki yıl poliçe için ödenen tutarla yenilenecek dönemde sigortalının poliçenin tarife prim toplamı, maksimum prim olarak sigortalıya sunulabilir. 70 yaşından sonra maksimum ek prim %300'ü geçmeyecektir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen sigortalının son kullandığı ürün yenileme esnasında şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı saklı tutulmak şartı ile sigortalının da onayı alınarak aynı şartları haiz, yoksa en yakın bireysel tarifelerinden biriyle yenilenmesi yapılır.

Sigortalının ilk 5 yılında saptanan malignensi, kronik böbrek yetmezliği, geçirilmiş miyokard enfarktüsü, siroz ve karaciğer yetmezlikleri, MS (multipl skleroz), geçirilmiş CVA (serebrovasküler atak) ve inme durumlarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmemektedir.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, diğer şirkette Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış olan sigortalının bu hakkının verilebilmesi için sağlık profilini belgelendirmesi gerekmektedir. Kişinin belgeleri Sağlık Departmanı tarafından incelenilerek risk değerlendirmesi yapılır ve

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin verilip verilmeyeceğine karar verilir.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi almamış olan sigortalının bu hakkının verilebilmesi için diğer sigorta şirketinde geçirmiş olduğu süre dikkate alınarak en az 5 yıllık sigortalılık süresini kesintisiz tamamlaması ve her bir yıl hasar / prim oranının %80'in altında olması kaydıyla sağlık profilini belgelendirmesi sonrası belgeler Riziko Kabul Departmanı tarafından incelenir ve mevcut duruma göre muafiyet, katılım protokolü veya ek prim uygulaması yapılarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin verilip verilmeyeceğine karar verilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olan sigortalıların bir üst plana / ürüne ve / veya farklı üründen Tamamlayan Sağlık Sigortası ürününe geçiş talebi olması halinde veya Ayakta Tedavi Teminatı içermeyen planlardan Ayakta Tedavi Teminatı içeren planlara geçiş talebi olması halinde Ray Sigorta yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu talebin karşılanıp karşılanamayacağına karar verir. Değişiklik talebinin uygun görülmesi halinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin şartları yeniden düzenlenebilir. Sigortalının ürün değişiklik talebi sırasında 55 yaşından büyük olması veya ciddi bir sağlık riskinin (kanser, organ yetmezliği, koroner arter hastalığı, vb.) mevcut olması halinde plan / ürün değişikliğine izin verilmez. Sigortalının üst plana / ürüne geçiş talebi veya Ayakta Tedavi Teminatı içermeyen planlardan Ayakta Tedavi Teminatı içeren planlara geçiş talebi haricinde Ray Sigorta tarafından ürün ve / veya limit değişikliği yapılamaz.

G- İSTİSNALAR

Teminat dışında olan haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Sağlık Sigortası Poliçe Özel Şartlarında yer alan istisnalara bakınız.

H- TAZMİNAT

SAĞLIĞIM RAYINDA / RAY C EXTRA ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDI İLE;

Yurt içindeki anlaşmalı sağlık kuruluşlarında, tüm ürünlerde teminatların hepsi için geçerli olmak üzere; teminat dışı rahatsızlık / hastalık olmaması halinde tedavinin ilgili sağlık kuruluşu kadrosunda bulunmayan veya kuruluşla dışarıdan anlaşması olan doktorlar tarafından yapılması durumunda, doktor ücreti anlaşmalı sağlık kuruluşu ile anlaşmalı olunan tutar kadar karşılanacaktır.

Yatarak Tedavi Teminatları'nın anlaşmasız sağlık kuruluşlarında kullanılması halinde, yapılan tedavi / ameliyat için T.T.B.A.Ü.T. geçen hizmetler ürünlere göre değişen T.T.B.A.Ü.T. katsayısı çerçevesinde ve diğer giderler emsal hastanelerde oluşacak ortalama bedelden yüksek olamaz. Poliçe özel şartlarında "Anlaşmasız Kurum Uygulamaları" Maddesi kapsamında detaylara ulaşabilirsiniz.

Poliçede Yurt Dışı Yatarak Tedavi ve Yurt Dışı Ayakta Tedavi Teminatları'nın olması halinde; yurt dışındaki ayakta ve yatarak tedavi giderleri poliçelerde belirtilen teminat limitlerine ve uygulama esasları dikkate alınarak değerlendirilmektedir. Poliçe özel şartlarında "Coğrafi Kapsam" maddesi kapsamında detaylara ulaşabilirsiniz.

Poliçede Ayakta Tedavi Teminatları'nın olması halinde; Ayakta Tedavi Teminatları'nın anlaşmasız sağlık kuruluşlarında kullanılması halinde, sigortalının tazminat talebine ilişkin belgeleri ibrazı ve yapılan inceleme sonrası poliçede yazılı limit, ödeme oranı ve ürünlere göre değişen T.T.B.A.Ü.T. katsayısı çerçevesinde tazmin edilir. Poliçe özel şartlarında "Anlaşmasız Kurum Uygulamaları" Maddesi kapsamında detaylara ulaşabilirsiniz.

Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz bir şekilde sigortacıya ulaşmasından itibaren azami bir hafta içerisinde sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.

MEDIRAY ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDI İLE;

Sigortacı adına yapılan bir sözleşme ile Sigorta Şirketi'nden poliçe satın almış sigortalı ve bağımlılarına teminatları kapsamında almayı hak ettikleri sağlık hizmetlerini limitleri dahilinde vermeyi kabul eden ve bu hizmetler karşılığı Sigortacı'dan ödeme alan Medical Park Sağlık Grubu ve anlaşmalı eczanelerdir. Medical Park Sağlık Grubu ve anlaşmalı eczaneler Sigorta Şirketi'nin web sitesinde güncel hali ile mevcuttur.

Yurt içindeki ürün kapsamındaki anlaşmalı sağlık kuruluşlarında, tüm ürünlerde teminatların hepsi için geçerli olmak üzere; teminat dışı rahatsızlık / hastalık olmaması halinde tedavinin ilgili sağlık kuruluşu kadrosunda bulunmayan veya kuruluşla dışarıdan anlaşması olan doktorlar tarafından yapılması durumunda, doktor ücreti anlaşmalı sağlık kuruluşu ile anlaşmalı olunan tutar kadar karşılanacaktır.

Anlaşmasız Sağlık Kuruluşları Sigortacı adına oluşturulan Anlaşmalı Kurumlar listesinde yer almayan ve alınan hizmetin karşılığını sigortalının ödediği diğer sağlık kurumlarıdır.

Acil durum olarak değerlendirilen bir teminata ilişkin sigorta şirketinin ödeme yapması için, sigortalının, coğrafi olarak resmi veya özel en yakın kuruluşa ilk müracaatını yapma şartı aranır. Madde 2 / Tanımlar / Acil Durum kapsamında belirtilen ve Sigorta Şirketi tarafından onaylanan acil durumlar nedeni ile Medical Park Sağlık Grubu dışında en yakın sağlık kuruluşuna başvurulması aşamasında Anlaşmasız Sağlık Kuruluşu Uygulamaları kapsamı dahilinde poliçede yer alan ilgili teminat limit ve ödeme oranı dahilinde değerlendirme yapılmaktadır. Sigorta Şirketi tarafından kabul edilen acil durum nedeni ile Yatarak Tedavi Teminatları'nın anlaşmasız sağlık kuruluşlarında kullanılması halinde, yapılan tedavi / ameliyat için ödenecek toplam tutar ilgili ilde bulunan Medical Park Sağlık Grubu'nda oluşacak ortalama bedelden yüksek olamaz. Medical Park Sağlık Grubu'nun bulunmadığı bir ilde gerçekleşmesi halinde tüm Medical Park Sağlık Grubu'nda oluşacak ortalama bedel dikkate alınarak değerlendirme yapılmaktadır.

Sigorta Şirketi tarafından kabul edilen acil durum nedeni ile Ayakta Tedavi Teminatları'nın anlaşmasız sağlık kuruluşlarında kullanılması halinde, sigortalının tazminat talebine ilişkin belgeleri ibrazı ve yapılan inceleme sonrası poliçede yazılı limit, ödeme oranı ve ilgili ilde bulunan Medical Park Sağlık Grubu anlaşmalı fiyatları çerçevesinde tazmin edilir. Medical Park Sağlık Grubu'nun bulunmadığı bir ilde gerçekleşmesi halinde tüm Medical Park Sağlık Grubu'nda oluşacak ortalama bedel dikkate alınarak değerlendirme yapılmaktadır. Sigortalının Sigorta Şirketi tarafından kabul edilen acil durum nedeni ile coğrafi olarak resmi veya özel en yakın kuruluşa ilk müracaatını yapma şartı aranır.

Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz bir şekilde sigortacıya ulaşmasından itibaren azami bir hafta içerisinde sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.

TAMAMLAYAN SİGORTA ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDI İLE;

Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası Poliçesi'nde anlaşmalı kurumlar dışında yapılan muayene ve sonrası oluşabilecek tetkik ve tedaviler poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Tazminat ödemesi sigorta şirketi tarafından, doğrudan hizmetin alındığı anlaşmalı sağlık kurumuna yapılacaktır. Bu sebeple mutlaka ürünün geçerli olduğu anlaşmalı kurumdan provizyon alınması gerekmektedir. Anlaşmalı sağlık kurumunda sigortalının provizyon alınmadan yaptığı sağlık giderleri (sonradan ödeme olarak gönderilen sağlık giderleri), anlaşmalı olsa dahi tercih edilen ürüne ait il dışındaki sağlık kurumları ve bu ürüne özel anlaşma yapılmamış sağlık kurumlarında yapılan sağlık harcamaları karşılanmayacaktır.

I- TAZMİNAT ÖDEMELERİNİN YAPILMASI

Hak sahipleri, poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için, ilgili belgeleri sigortacıya vermekle yükümlüdür. Tazminat ödemelerinde istenen evraklar, poliçede alınan teminatlara göre oluşacak tazminat taleplerinde farklılık göstermektedir. Anlaşmalı / Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen tazminat başvurunuz için uygulama esasları, gereken bilgi ve belgelerin poliçe hazırlanmasını müteakip size ulaşan poliçe kiti içinde bulunduğundan emin olunuz.

Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesine www.raysigorta.com.tr adresinden veya **(0212) 444 4 729** no'lu telefondan ulaşabilirsiniz.

Tazminat ödemeleri Poliçe Özel Şartları, Sağlık Sigortası Genel Şartları varsa ek protokol ve poliçede belirtilen teminat limitleri dahilinde değerlendirilecektir.

Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme yükümlülüğü sigorta şirketine aittir.

TAMAMLAYAN SİGORTA ÜRÜNLERİNDE GEÇERLİ OLMAK KAYDI İLE;

Tazminat ödemeleri Poliçe Özel Şartları, Sağlık Sigortası Genel Şartları varsa ek protokol ve poliçede belirtilen teminat limitleri dahilinde değerlendirilecektir. Tazminat ödemesi sigorta şirketi tarafından, doğrudan hizmetin alındığı anlaşmalı sağlık kurumuna yapılacaktır. Bu sebeple mutlaka ürünün geçerli olduğu anlaşmalı kurumdan provizyon alınması gerekmektedir. Anlaşmalı sağlık kurumunda sigortalının provizyon alınmadan yaptığı sağlık giderleri (sonradan ödeme olarak gönderilen sağlık giderleri), anlaşmalı olsa dahi tercih edilen ürüne ait il dışındaki sağlık kurumları ve bu ürüne özel anlaşma yapılmamış sağlık kurumlarında yapılan sağlık harcamaları karşılanmayacaktır.

J- DİĞER BİLGİLER

Sigortacı Tahkim Sistemine üyedir.

Sigorta Tahkim Komisyonu, sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler ve Sigorta Tahkim Sistemi'ne üye sigorta kuruluşları arasında, sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkların çözümü için, 5684 sayılı Kanun'un 30. Maddesi çerçevesinde oluşturulmuştur.

K- ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

Gerek sigorta sözleşmesinin müzakeresi ve kurulması sırasında gerekse sözleşmenin geçerli olduğu süre içinde sigortayla ilgili teknik konularda, yapılacak veya yapılmış sigortacılık işlemlerinin özellikleri ve sözleşmeye konu sigorta teminatı ile sigortanın işleyişi ile ilgili tarafınıza sözlü olarak verilen bilgiler yanında sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilirsiniz. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 işgünü içinde talepleri cevaplamak zorundadır.

Sigortalı, sigorta ile ilgili her türlü bilgilendirme ve iletişimin poliçe düzenlenirken beyan ettiği iletişim bilgileri üzerinden yapılmasını kabul etmiştir.

Poliçenizin veya ret mektubunuzun başvuru tarihinden itibaren 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması durumunda **(0212) 444 4 729** telefon numarasından Müşteri Memnuniyet Merkezimize ulaşabilirsiniz.

L- KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI

Bu bilgilendirme, 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" gereğince ve yasal zorunluluk nedeniyle yapılmaktadır.

Ray Sigorta A.Ş. olarak "Veri Sorumlusu" sıfatıyla, müşterilerimizin kişisel bilgilerinin aşağıda açıklanan çerçevede kaydedileceğini, saklanacağını, mevcut durumu yansıtmak üzere güncelleneceğini, belirtilen detayda aktarılabileceğini ve Kanun ile belirlenen diğer işleme yöntemlerinden birisi ile işlenebileceğini belirtiriz.

Kişisel verileriniz hangi amaçlarla işlenebilir?

Kişisel verileriniz;

- Sigortacılık Kanunu ve diğer mevzuat kapsamında Ray Sigorta ürün ve hizmetlerinin sunulabilmesi, bu konuda aldığınız veya alacağınız hizmete ilişkin sizinle iletişim kurabilmemiz adına kimlik, adres ve diğer gerekli bilgilerinizi toplamak ve kaydetmek,
- elektronik veya kağıt ortamında yapılacak işlemler için gerekli olan tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek,
- mevzuat, Hazine Müsteşarlığı ve diğer otoritelerce öngörülen bilgi saklama, raporlama, bilgilendirme yükümlülüklerine uymak,
- tarafınızca ya da tarafınız için talep edilen sigortacılık faaliyetlerimizi gerçekleştirebilmek ve akdettiğiniz sözleşmenin gereğini yerine getirmek amacıyla işlenecektir.

Kişisel verilerinizi kimlere ve hangi amaçla aktarıyoruz?

Kişisel verileriniz;

- Sigortacılık Kanunu ve diğer mevzuat hükümlerinin izin verdiği kişi veya kuruluşlara,
- ana hissedarımıza,
- doğrudan/dolaylı ana şirketimize ve yurt içi ve yurt dışında faaliyet gösteren grup şirketlerimize,
- sigortacılık faaliyetlerimizi yürütmek üzere hizmet aldığımız, iş birliği yaptığımız, program ortağı kuruluşlara ve diğer üçüncü kişilere,
- sigortacılık faaliyetinin tamamlayıcısı olan reasürans işlemleri sebebiyle yurt içinde veya yurt dışındaki reasürörlere yukarıda belirtilen amaçlar doğrultusunda aktarılabılır.

Kişisel verilerinizi hangi hukuki sebeplerle, nasıl topluyoruz?

Kişisel verileriniz, Genel Müdürlük tarafından, iş birliği içinde bulunduğumuz üçüncü kişiler olan acenteler, banka ve brokerler tarafından, www.raysigorta.com.tr ve mobil uygulamamız üzerinden veya 444 4 729 numaralı çağrı merkezimiz gibi farklı kanallar aracılığıyla sözlü, yazılı veya elektronik ortamda toplanabilir.

Kişisel verileri işlenen kişi olarak haklarınız nelerdir?

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun (KVKK) 11. maddesi gereği, www.raysigorta.com.tr adresinde yer alan iletişim formunu kullanarak, kişisel verilerinizin:

- a) işlenip işlenmediğini öğrenebilir,
- b) işlenmişse buna ilişkin bilgi talep edebilir,
- c) işleme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenebilir,
- d) yurt içinde veya yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri öğrenebilir,
- e) eksik veya yanlış işlenmiş olması halinde bunların düzeltilmesini isteyebilir,
- f) KVKK'nun 7.maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini/yok edilmesini isteyebilir,
- g) aktarıldığı üçüncü kişilere yukarıda sayılan (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin bildirilmesini isteyebilir,
- h) münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz edebilir,
- i) kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız halinde zararın giderilmesini talep edebilirsiniz.

Kişisel verileriniz hakkında daha fazla bilgi almak isterseniz, Müşteri Hizmetlerimize 444 4 729 numaralı telefondan veya www.raysigorta.com.tr adresinde yer alan iletişim formunu kullanarak ulaşabilirsiniz

Bu Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nda belirtilen sigorta şartlarını kabul ederek doldurduğumu beyan ederim.

Sigorta Ettiren / Sigortalı
Adı-Soyadı
İmzası

Sigortacı veya acentenin kaşesi ve yetkilinin
İmzası

Tarih:...../...../.....

Tarih:...../...../.....

Bu bilgilendirme formundaki bilgiler, formun her iki tarafça imzalandığı gün itibarıyla geçerlidir.



VIENNA INSURANCE GROUP

Müşteri İletişim Hattı:
(0212 363 26 00 - 444 4 729)
www.raysigorta.com.tr

Genel Müdürlük

Cumhuriyet Mah. Haydar Aliyev Cad. No: 28
34457 Sarıyer / İstanbul
Tel: 0212 363 25 00 Faks: 0212 299 48 99

İstanbul Anadolu Bölge Müdürlüğü

Sahrayıcedit Mah. Halk Sokak No: 33
Golden Plaza İş Merkezi F Blok Kat: 1 Kozyatağı
34734 Kadıköy / İstanbul
Tel: 0216 411 16 06 Faks: 0216 411 16 19

İstanbul Avrupa Bölge Müdürlüğü

İstanbul Dünya Ticaret Merkezi B-1 Blok Kat: 9
No: 319 - 320 Yeşilköy / İstanbul
Tel : 0212 465 40 45 Faks: 0212 465 04 75

Ankara & İç Anadolu Bölge Müdürlükleri

Farabi Sokak No: 40 / A 06690
Kavaklıdere / Ankara
Tel: 0312 428 50 00 Faks: 0312 428 50 49

İzmir (Ege) Bölge Müdürlüğü

Halit Ziya Bulvarı No: 72 Taner İşhanı A Blok Kat: 2
35210 İzmir
Tel: 0232 483 72 46 Faks: 0232 489 86 05

Bursa (Marmara) Bölge Müdürlüğü

Lefkoşe Cad. A Blok Kat: 3 No: 34 - 36
Nilüfer / Bursa
Tel: 0224 211 28 27 Faks: 0224 211 28 37

Adana (Güneydoğu Anadolu) Bölge Müdürlüğü

Çınarlı Mah. Atatürk Cad. No: 15 İdeal Plaza Kat: 7
01120 Seyhan / Adana
Tel: 0322 457 06 83 Faks: 0322 454 77 61

Antalya (Akdeniz) Müdürlüğü

Konyaaltı Cad. Antmarin İş Merkezi No: 24 Kat: 6
07050 Konyaaltı / Antalya
Tel: 0242 247 20 25 Faks: 0242 247 39 59