

SOMPO SİGORTA TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bu sigorta ile Sompo Sigorta A.Ş. (Sigorta Şirketi); sigorta süresi içinde, poliçede belirtilen sigortalıların hastalık ve/veya kaza halinde gerçekleşen tanı ve tedavilerine ait sağlık harcamalarını; sigortalının tabi olduğu poliçede belirtilen Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından SUT hükümlerine göre karşılanan tutar üzerinde kalan kısmını, Sağlık Sigortası Genel Şartları, işbu özel şartlar, teminat tablosunda belirtilen teminat, limit, ödeme yüzdesi ve istisnalara tabi olarak karşılar.

2. SİGORTANIN KAPSAMI

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

3. SİGORTANIN SÜRESİ

Sigorta süresi bir yıldır ve sigorta sözleşmesi, poliçede belirtilen başlangıç tarihinde Türkiye saati ile öğlen 12.00'da yürürlüğe girer, poliçede belirtilen bitiş tarihinde öğlen 12.00'da sona erer. Sigorta Şirketinin sorumluluğu, Sigorta Şirketi tarafından başvurunun kabul edilip düzenlenen poliçenin teslimini müteakip, poliçe priminin tamamının veya peşinatının sigorta ettiren/sigortalı tarafından ödenmesi ile başlar.

4. TANIMLAR

4.1. Anlaşmalı Kuruluş

Bu ürüne özel anlaşmalı sağlık kurumu; SGK ile anlaşmalı olan ve bu anlaşma gereği sigortalıların, sigorta süresi içerisinde, Sigorta Şirketinden teminat, limit ve ödeme yüzdesi dâhilinde provizyon alarak hizmet alabildikleri hastane, poliklinik, tanı merkezleri, laboratuvar ile bu kurumlar bünyesinde hizmet veren ve Sigorta Şirketinin yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul eden kadrolu doktorlar, gerçek kişi ve/veya kurum ve/veya kuruluşları ifade eder.

Network(Anlaşmalı Kurum Ağı): Bu ürüne özel, sigortalının tercih ettiği ve poliçede geçerli olan anlaşmalı kuruluşlardan oluşan grubu ifade eder.

4.2. Bekleme Süresi

Sigortalının yatarak tedavi sağlık giderlerinin ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için, sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

4.3. Beyan Yükümlülüğü

Sigorta ettirenin, sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında, sigortalı adaylarının mevcut tüm rahatsızlıklarını veya rizikonun takdirine etkili olacak hususları, eksiksiz ve yazılı bildirmesi gerekliliğini ifade eder.

4.4. Bilgilendirme Formu

Gerek sigorta sözleşmesinin görüşülmesi gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin devamı sırasında ortaya çıkabilecek ve işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen Sigorta Şirketi tarafından verilen bilgileri içeren ve sigorta ettiren tarafından imzalanması gereken formu ifade eder.

4.5. Doktor

Hastalığının teşhis ve tedavisi amacıyla kendisine başvuran hastanın her türlü teşhis ve tedavisi için lisansı olan Tıp Fakültesini bitirmiş ehliyetli kişidir.

4.6. Katılım Payı

Sigorta Şirketinin sorumlu olmadığı ve sigorta sözleşmesi/poliçe ve eklerinde yer alan teminat, limit ve yüzdeleri gösteren teminat tablosuna göre belirlenen sigortalı tarafından üstlenilmesi/ödenmesi gereken tazminat tutarını ifade eder.

4.7.Kaza

Sigortalının doğal oluşan şartlardan veya herhangi bir hastalıktan kaynaklanmayan, ani ve dışarıdan gelen bir olay nedeniyle iradesi dışında meydana gelen olaylarla karşılaşmasını ifade eder.

4.8.Önceden Mevcut Hastalık

Belirtisinin / bulgusunun veya teşhisinin / tedavisinin başlangıcı, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ile gelişim süreci açısından sigorta başlangıç tarihinden öncesine dayalı rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonları ifade eder.

4.9.Poliçe

Sompo Sigorta A.Ş. tarafından düzenlenen sağlık sigortası sözleşmesidir.

4.10.Sigorta Şirketi

Bu sigorta sözleşmesinin düzenlendiği ülkede, ülkenin kanunları gereğince tescil edilip işletme ruhsatı almak kaydıyla, sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında, sigortalıya ya da tazminatın yararlanacağı belirtilmiş kişiye, rizikonun gerçekleşmesi halinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumu ifade eder.

4.11.Sağlık Sigortası Genel Şartları

T.C. Başbakanlık Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından yayımlanan ve tüm sigorta şirketleri tarafından aynı şekilde uygulanan genel koşulları ifade eder.

4.12.Sigorta Ettiren

Bu sigorta sözleşmesi için Sigorta Şirketiyle sözleşmeyi kuran, bu sigorta sözleşmesinin kapsamı dahilinde prim ödeme sorumluluğunu üzerine almış gerçek ya da tüzel kişiyi ifade eder.

4.13.Sigortalı / Sigortalılar

Sağlık giderleri bu sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan, risk gerçekleştiğinde tazminat bedeline talep hakkı bulunan ve Türkiye’de ikamet eden poliçede ismi yazılı kişi ya da kişileri ifade eder.

4.14.Tazminat

Sigorta sözleşmesi kapsamında; sigorta süresinde risk ve tanı ve/veya tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi sonrasında, tıbbi gereklilik koşulunu sağlayan ve doktor tarafından yazılı olarak planlanan tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait giderlerden, fatura veya bunun yerine geçen (sayman mutemet alındısı, fiş vb.) sair belge asılları karşılığında Sigorta Şirketi tarafından karşılanan tutarı ifade eder.

4.15.Teminat

Sompo Sigorta'nın Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesi sağlık sigortası genel şartları ve özel şartlar gereği sigortalıya verdiği taahhütleri ifade etmektedir.

4.16.SGK

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kısaltmasıdır ve riskten dolayı geliri ile kazançları azalan vatandaşların başkalarına muhtaç olmadan yaşama ihtiyaçlarını gidermek, hastalık ve kaza gibi durumlarda hastanelerden faydalanmayı ve emekli maaşı almayı sağlayan sosyal güvenlik kuruluşudur.

4.17.SUT

SGK'lı sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, SGK tarafından sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderleri gibi sağlık hizmetlerine bağlı harcamalarının karşılanması esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin bedellerin tayin ve tespit edildiği Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'ni ifade eder.

4.18.Zeyilname

Poliçenin düzenlenmesinden sonra ortaya çıkan ve Sigorta Şirketinin üstlendiği riskin, nitelik veya büyüklüğünü değiştiren herhangi bir durum nedeniyle poliçeye ek olarak düzenlenmiş ve aynı yasal yetkiye sahip yazılı belgeyi ifade eder.

4.19.Acil Durum:

Poliçede kapsam dışı olmayan ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve geciktirilmesi mümkün olmayacak tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, hastaneye yatırılın veya yatırılmasın, aşağıdaki Acil Durum listesinde belirtilen rahatsızlıklar için, bir hastanenin acil servisinde hizmet almayı gerektiren sağlık durumudur. Bu liste dışındaki

rahatsızlıklarda acil servise başvurulsa dahi tedavi giderleri, poliçede belirtilen ayakta tedavi teminatı limiti ve iştirak oranı dahilinde ödenir.

Trafik kazası, Akut miyokard enfarktüsü (raporlarla belirlenmiş kalp krizi, ritim bozuklukları), Apandisit, Menenjit, Ani felçler, Suda boğulma, Yüksekten düşme, Uzuv kopmaları, Elektrik Çarpması, Donma, Soğuk Çarpması, Isı Çarpması, Tahriş Edici Gazların Tenefüsü, Darbe Sonucu Sinir Kopması, Yılan, Akrep veya Örümcek Sokması Sonucu Oluşan Ciddi Alerjik Tablolar, Evcil-vahşi hayvanların ciddi cerrahi müdahale gerektiren ısırıklar, Her türlü 2. ve 3. derece yanıklar, Tahriş edici maddelerden oluşan ciddi göz yanmaları, Hayati tehlike arz eden ilaç veya diğer madde zehirlenmeleri, Tüm kırık ve çıkıklar, Solunum yollarında yabancı cisim bulunması sonucu oluşan akut solunum problemleri, Travma ve/veya kaza sonucu oluşan ani şuur kaybına neden olan her türlü durumlar, Mide perforasyonu, Darbeye bağlı iç organ zedelenmesi, Ensefalit (beyin iltihabı), Beyin apsesi, Dekompresyon hastalığı (dalğış hastalığı), Travma sonucu oluşan masif (yoğun) kanamalar, Her türlü iç organ kanaması (gebelik düşüklerine bağlı, jinekolojik hormonal kanamalar hariç), Kurşunlanma, bıçaklanma, kavga (cürüm işlemek ve cürüme teşebbüs hali istisnadır), Epilepsi krizi, Gebelik zehirlenmesi ,Travmaya bağlı her tip sütur gerektiren cilt kesikleri, Ani ve dışarıdan harici bir hadise nedeniyle meydana gelebilecek kaza ve yaralanmalar, Hipertansiyon krizleri, Diabetik ve üremik koma, Yüksek ateş (39,5 ve üzeri), Renal kolik, Ciddi genel durum bozukluğu

5. SİGORTANIN TEMİNATLARI

5.1. Yatarak Tedavi Teminatı

Yatarak Tedavi teminatı ameliyat, hastane yatış, küçük müdahale, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi, ambulans 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 SGK ile ve aynı zamanda Sigorta Şirketi ile anlaşmalı özel hastaneye gitmesi,
- Sigortalının kamu idaresindeki yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmet sunucularından hizmet alması ve elden fark ödemesi,
- SGK ve Sigorta Şirketi ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da SGK ile anlaşmalı olması,
- SGK ile anlaşmalı olan hastane ile Sigorta Şirketinin sigortalının tedavi göreceği branşta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası anlaşmasının olması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın işbu Tamamlayıcı Sağlık Sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Ameliyat ve yoğun bakım gerektiren bir tedaviden sonra, 60 gün içerisinde gerçekleşen ve söz konusu tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi masrafları, ayakta ve yatarak gerçekleşmesine bakılmaksızın karşılanır. Alınan vaka takip numarasından bağımsız olarak yıllık 15 seans ile sınırlıdır.

Ambulans Koordinasyon Hizmeti, 0850 2500 757 (Sompo Sigorta) Sağlık Danışma Hattı kanalıyla verilmektedir. Sigortalının hayatını tehdit eden acil durumda yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık donanımına sahip kuruluşuna sevki için sağlanan bir teminattır. Ayrıca sigortalının tedavisinin gerçekleştiği hastanede uygun ekipman ve hekim olmaması durumunda bedensel zarar ve hastalığa özel daha uygun ekipmanlı bir hastaneye, gereken gözetim altında ambulans ile nakli de bu teminattan karşılanmaktadır. Bu hizmet öncelikli 112 acil ambulansla verilir. Ancak hizmet, sigorta şirketinin uygun görmesi halinde sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu ambulans şirketleri kanalı ile de verilebilir. Özel ambulans giderlerinin karşılanabilmesi için Sompo Sigorta Sağlık Danışma Hattı'nın aranması şarttır.

5.1.1. Evde Bakım Teminatı

Sigortalının sağlık kuruluşundaki yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için kendi evinde sadece tıbbi personel tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin giderler, poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için sigortalının veya sigortalıyı tedavi eden doktorun, sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir sağlık personeli eşliğinde evde sürdürülmesi

gerektiğini bir raporla sigortacıya bildirmesi, bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin evde bakım gerçekleştirilmeden önce sigortacı tarafından yapılan değerlendirme ile endikasyonun ve tıbbi gerekliliğinin tespit ve teyit edilmesi durumunda onaylanması ve organize edilmesi zorunludur. Evde bakım hizmetinin sigorta şirketi tarafından organize edilmemesi halinde; oluşacak giderler kapsam dışındadır. Evde Bakım Teminatı poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde 30 gün ile sınırlıdır.

5.1.2. Yardımcı Tıbbi Malzeme Teminatı

Sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelen bir hastalık veya kaza sonucu sigortalıya uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, bileklik, boyunluk, dizlik, oturma simidi, koltuk değneğinden ibaret tıbbi malzemeler poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranı ile özel ve genel şartları dahilinde ödenir. İşbu teminat kapsamında ödenmesi uygun bulunan giderler, anlaşmasız kurumdan gelmesi halinde sigortalıya ödenebilir.

5.1.3. Suni Uzuv Teminatı

Sigorta süresi içerisinde meydana gelen hastalık ya da kaza sonucu fonksiyon kaybına uğramış organın fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amacı taşımayan el, kol, bacak ve meme kanseri operasyonu sonrası takılan meme protezi olmak üzere protez giderleri; gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi koşulu ile poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranı dahilinde karşılanır. Robotik uzuvlar kapsam dışıdır.

5.2. Ayakta Tedavi Teminatı

Ayakta tedavi; doktor muayene, laboratuvar, radyoloji, ileri tanı yöntemleri, fizik tedavi teminatlarından oluşur.

Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- Sigortalının SGK ile ve aynı zamanda Sigorta Şirketi ile anlaşmalı özel hastaneye gitmesi,
- Sigortalının kamu idaresindeki yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmet sunucularından hizmet alması ve farkı elden ödemesi,
- SGK ve Sigorta Şirketi ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da SGK ile anlaşmalı olması,
- SGK ile anlaşmalı olan hastane ile Sigorta Şirketinin sigortalının tedavi göreceği branşta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası anlaşmasının olması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın işbu Tamamlayıcı Sağlık Sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Ayakta Tedavi teminatı poliçe dönemi içerisinde poliçe üzerinde belirtilen defalık kullanım limiti ve varsa tutar limiti ile sınırlıdır. 'Kullanım', SGK'dan alınan her bir vaka takip numarasını ifade eder. Doktor muayenesi ile başlayan ve aynı tanı ve tedavi süreci dahilinde yapılan işlemler tek işlem olarak değerlendirilir. Fizik Tedavi Teminatı ise, aynı veya farklı takip numaraları ile işlem yapılmış olsa dahi yıllık 30 seans ile sınırlıdır. Ayakta Tedavi limitinin dolmuş olması halinde Fizik Tedavi teminatı seans adedi kalsa dahi kullanılamaz.

SGK'dan vaka takip numarası alınmış olması kaydı ile 0-2 yaş arası çocuklar için rutin çocuk sağlığı muayeneleri işbu poliçe genel ve özel şartları çerçevesinde teminat kapsamında değerlendirilir.

Doktor muayenesi dışındaki ayakta tedavi teminatları SGK kuralları gereği tek başlarına kullanılamaz, doktor muayene ile kullanılma zorunlulukları vardır.

5.3. İlave Teminatlar ve Hizmetler

Hastanede Gündelik Yatış Tazminatı:

Hastanede gündelik yatış tazminatı, Sigorta Şirketi'nin anlaşmalı sağlık kurumlarında provizyon verdiği ve 24 saati aşan yatışlı tedavilerde geçerlidir. Ödeme her bir vakada günlük 100 TL (max 5 gün), yıllık ise 3.000 TL ile sınırlıdır. İlgili tazminat ödemesi, Sigorta Şirketi tarafından anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarında provizyon verilmiş ve sonrasında ödemesi onaylanan yatışlarda, sigortalının/sigorta ettirenin banka hesabına gerçekleştirilir. Doğum ve hamileliği ilgilendiren yatışlar bu teminat kapsamı dışındadır. Hastanede Gündelik Yatış tazminatı poliçe başlangıç tarihinden 3 ay sonra geçerlidir. Söz konusu teminattan yararlanabilmek için; tazminat talebi ile ilgili taburculuk tarihini müteakiben 15 gün içinde Sigorta Şirketi'ne müracaat edilmesi gerekmekte olup, söz konusu sürenin aşılması halinde herhangi bir tazminat ödemesi yapılmayacaktır.

Check-up:

Sigortalı ve/veya sigorta kapsamına dahil edilen kişiler hiçbir rahatsızlık olmadan ya da belirli bir hastalığı düşündürmeyecek kadar hafif önemsiz şikayetlerde yapılan genel ve kapsamlı sağlık taramasından (check-up'tan) geçirilecektir. Check-up hizmetinde aşağıda belirtilen hizmetler sunulacak ve işlemler sonucu elde edilen kişiye özel sağlık bilgisi sigortalı ile paylaşılacaktır. Check Up paketi içeriği EK-1'de belirtilmiş olup, Sigorta şirketi, paket içeriğinde değişiklik yapma hakkına sahiptir.

Check-up hizmeti Sompo Sağlık Destek Hattı'nı (0 850 2500 757) arayarak temin edilir. Sigortalı check-up anlaşmalı kurumları arasından tercih ettiği kurumu belirterek check-up için randevusunun alınmasını sağlar. Check-up, yalnızca sigorta şirketinin check-up anlaşmalı kurumlarında geçerlidir. Check-up hizmeti poliçe başlangıç tarihinden 3 ay sonra kullanılabilir olup, yılda 1 defa ile sınırlıdır.

Diş Tedavi Paketi:

Diş Tedavi Paketi; Sompo Sağlık Destek Hattı'nı (0 850 2500 757) arayarak temin edilir. Sigortalı anlaşmalı diş hekimleri arasından tercih ettiği kurumu belirterek, diş tedavi paketi için randevusunun alınmasını sağlar. Diş tedavi paketi, yalnızca sigorta şirketinin anlaşmalı diş kurumlarında geçerlidir. Diş tedavi paketinin içeriği EK-2'de belirtilmiş olup, sigorta şirketi, paket içeriğinde değişiklik yapma hakkına sahiptir. Diş tedavi paketi hizmeti poliçe başlangıç tarihinden 3 ay sonra kullanılabilir olup, yılda 1 defa ile sınırlıdır.

Sompo Sigorta Sağlık Danışma Hattı:

0850 2500 757 (Sompo Sigorta) Sağlık Danışma Hattı'ndan sigortalılar, hekimler ve ilgili tıbbi personel kanalı ile 7/24 acil ulaşım ve poliçede sunulan hizmetlerle ilgili sağlık danışma ve yönlendirme hizmetini alabilirler. Sigortalılar ayrıca mesai saatleri içerisinde hattı arayarak, anlaşmalı hastane ve hekim bilgisi, anlaşmalı sağlık kuruluşlarından randevu organizasyonu hizmeti, poliçelerine ilişkin her türlü soru ve bilgi alma hizmetinden faydalanırlar.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Poliçede yazılı teminatlar Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan Sompo Sigorta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumlarında ve kamu idaresindeki yüksek öğretim kurumlarına ait sağlık hizmet sunucularından hizmet alınması durumunda Sompo Sigorta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesi özel şart ve limitleri dahilinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe teminat kapsamında değildir. KKTC; yurt dışı olarak kabul edilir.

7. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigorta şirketi ve SGK ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarında provizyon işlemi uygulanacak olup, sigorta şirketinin gerçekleştireceği ödeme doğrudan ilgili sağlık kuruluşuna yapılacaktır. Sigortalı, varsa iştirak payı, limit aşımı, kapsam dışı durumları ödeyecektir.

Sigortalının kamu idaresindeki yüksek öğretim kurumlarına ait sağlık hizmet sunucularından hizmet alması durumunda, sigortalı ödemeyi önce kendisi yapar ve daha sonra fatura/makbuz, şikayetin başlangıç tarihi, aynı şikayet nedeniyle daha önce almış olduğu tedaviler (ilgili kurum ve tarih bilgisi ile), ön tanı, kesin tanı, talep edilen tetkik ve görüntülemeler, önerilen tedavi hakkında bilgi veren kaşeli ve imzalı doktor raporu, epikriz, tanı istem formları, tetkik ve/veya görüntüleme sonuçları, ameliyat raporu vb. ile Sigorta Şirketi'ne başvurur. Tazminat değerlendirmesi aşamasında Sigorta Şirketi, gönderilen belgelere ek olarak ilave belge ve

bilgiyi sigortalıdan/sigorta ettirenden talep etme hakkına sahip olup, gerekli yerlerden tazminat dosyasındaki bilgileri araştırmaya yetkilidir. Sigorta Şirketi sigortalının cepten karşıladığı sağlık giderlerini, 02/01/2014 tarihli ve 2014/5797 sayılı kararname eki doğrultusunda, bir defada asgari ücretin 2 katını geçmemek üzere poliklinik muayenelerde en fazla SUT'un 2, diğer hizmetlerde en fazla SUT'un 1 katına kadar; poliçede yazılı limit, iştirak oranı, sağlık sigortası genel şartları ve işbu özel şartlar doğrultusunda karşılar ve sigortalının hesabına tüm evrakin eksiksiz gelmesini müteakip en geç 10 günde geri yatırır.

Anlaşmalı Kurum ya da Anlaşmasız Kurum dahi olsa tedavinin teminat kapsamında değerlendirilebilmesi için; bu tedavinin poliçenin geçerli olduğu süre içinde gerçekleşmiş olması ve ilgili tazminat talebinin de yine sigorta süresi içinde (6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun 1420. Maddesi geçerli olmak kaydı ile) Sigorta Şirketi'ne ulaştırılmış olması gerekmektedir.

Bu sigorta ürünü, sigortalının bu ürüne özel anlaşmalı sağlık kurumu ve kamu idaresindeki yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmet sunucuları dışındaki harcamaları karşılamaz.

Tazminat değerlendirilmesinin yapılabilmesi için; poliçe kapsamındaki sigortalıların tedavileri ile ilgili fatura ve sair her türlü belgenin ilgili sigortalı için düzenlenmiş olması gerekmektedir. Bu belgelerin tedaviyi gören dışındaki poliçede yer alan sigortalılar adına düzenlenmesi halinde, Sigorta Şirketi hiçbir şekilde bu belgelere konu sağlık harcamasını ödemeyecek ve gerektiği durumlarda Kötü Niyetli Uygulamalar Sonucu İptal maddesine göre işlem yapabilecektir.

7.1.Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar

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

7.2.Anlaşmalı Kurum Uygulamaları

Sigorta Şirketi tarafından bir Sağlık Kurumunun, ürüne özel anlaşmalı sağlık kurumu olarak tayin edilmesi, bu Sağlık Kurumu ile her ne şekilde olursa olsun irtibatı olan tüm doktorların ürüne özel anlaşmalı sağlık kurumu kapsamında kabul edilmesi anlamına gelmez. Sigorta Şirketi kendi takdirinde olmak üzere herhangi bir zamanda sağlık kurumu ile ilişkili herhangi bir doktoru, ürüne özel anlaşmalı kurum kapsamı içine almak veya kapsam dışında tutabilmek hakkına sahiptir. Bir sağlık kurumunun, listede yer alması, hiçbir şekilde Sigorta Şirketinin anılan sağlık kurumu, doktor ve/veya yardımcı şahıslarının fiil ve hareketlerinden sorumlu olduğu ve/veya bunlar tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dâhil tüm hizmetlerin kalitesinin Sigorta Şirketi tarafından garanti edildiği anlamına gelmez.

Anlaşmalı kuruluşların isimleri, Sompo Sigorta A.Ş.'ye ait www.somposigorta.com.tr adresli web sayfasında belirtilmektedir. İlgili listede değişiklik yapma hakkı Sigorta Şirketi'nde saklıdır.

7.3.Anlaşmasız Kurum Uygulamaları

İşbu üründe tüm anlaşmasız kurumlarda yapılacak her türlü giderler kapsam dışıdır. Sigortalının anlaşmalı sağlık kuruluşu olsa dahi, elden ödeme yaparak getirdiği sağlık giderleri de karşılanmaz.

8. SİGORTAYA KABUL VE RİSK DEĞERLENDİRME

8.1.Yeni Giriş İşlemleri

Bu sigorta SGK tarafından kapsama alınan Türkiye'de yerleşik kişiler için geçerli olacaktır. Doğum tarihinden itibaren 15 günü tamamlamış sağlıklı bebekler ve 61 yaşından gün almamış kişiler sigortalanabilir.

Sigorta Şirketinin ilk ve daha sonraki başvuruları reddetme, standart şartlarda kabul etme ya da ek prim ve/veya belirli rahatsızlıklar için bekleme süresi ve/veya özel istisna, limit, katılım payı koyarak özel şartlar altında kabul etme, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkı saklıdır.

8.2.Teminat Kapsamına İlave Yapılması

Sigorta ettiren yeni doğan çocuğu, annenin de bu sigorta sözleşmesi kapsamında bulunuyor olması ve yeni doğan çocuğun doğum tarihinden itibaren 2(iki) ayı geçmemesi halinde başvuru

formu, doğum belgesi ve hastane çıkış epikriz raporu ile birlikte teminat kapsamına dahil edilmesini teklif edebilir. Yeni doğan çocuğun başvurusunun doğum tarihinden itibaren 2 ayı aşan sürede yapılması halinde sigorta ettiren yeni doğan çocuğu bu sigorta sözleşmesinin yenileme tarihinde teminat altına alabilir. Sigortacının yeni doğmuş çocuk için herhangi bir neden göstermeksizin ve başvuru süresine bakılmaksızın başvuruyu reddetme, standart şartlarla kabul etme ya da ek prim ve/veya belirli rahatsızlıklar için bekleme süresi ve/veya özel istisna koyarak özel şartlar altında kabul etme hakkı saklıdır. Sigortacının yeni doğan çocuğu teminat kapsamına dahil etmeyi kabul etmesi halinde, annenin teminatlarıyla aynı plandan zeyilnamenin kayıt tarihinden başlayarak bitiş tarihine kadar gün esasıyla prim hesaplanarak ekleme yapılır.

8.3. Geçiş İşlemleri Ve Kazanılmış Haklar

Sigortalının bir başka Sigorta Şirketinden kesintisiz olarak en az 1 yıl poliçe sahibi olması ve önceki sigorta şirketindeki sözleşmesinin bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde başvuru formu ile geçiş talebinde bulunması halinde, Sigortacı başvuru formundaki sağlık beyanı, hastalık riskleri, geçiş bilgilerinde yer alan ilk kayıt tarihi, hasar prim oranları ve medikal bilgiler doğrultusunda poliçelendirme koşullarını belirler. Sigortacının, Sigortalının varsa bir önceki poliçeden kaynaklanan kazanılmış haklarının devamını da bu çerçevede değerlendirme hakkı saklıdır. Bu üründen mevcuttaki başka bir sağlık sigortası ürününe geçiş yapılma talebi olduğu takdirde, bu talep Sigorta Şirketi tarafından risk kabul kriterlerine göre değerlendirilir.

8.4. Sigortanın Yenilenmesi

Yenileme, Sigorta ettirenin, mevcut sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden itibaren, en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yaptırmak için Sigorta Şirketine başvurması ve Sigorta Şirketiyle sigorta ettirenin yeni sigorta sözleşmesinin koşullarında mutabık kalmasıyla, sigorta süresinin bitiş tarihinden itibaren mutabık kalınan yeni koşullarda sigortanın kesintisiz olarak devam ettirilmesidir. Poliçenin 30 gün içerisinde yenilenmemesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran bir müşteri olarak kabul edilir.

Sigorta Şirketi, bu Sigorta Sözleşmesi metnini, teminat kapsamını, primlerini, üründe geçerli anlaşmalı kurum ağını ve uygulama esaslarını güncelleştirme hakkını saklı tutar. Sigorta Şirketi tarafından sigorta özel şartlarında yapılan bu değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

Sigorta Şirketi, sözleşmeyi yenilerken muafiyet ve/veya ek prim, limit, katılım payı uygulayabilir, sigortalıdan sağlık bildirimini ve ek tetkikler isteyebilir, gerekli gördüğü hallerde sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutabilir, teminatlarda kısıtlamaya gidebilir, sigorta özel şartlarında ve prim tarifesinde değişiklik yapabilir, kullanım nedeniyle ek prim isteyebilir ya da poliçeyi yenilemeyebilir.

Yenileme Güvencesi olması halinde poliçe ömür boyu, Yenileme Güvencesi olmaması halinde ise Sigorta Şirketi ile Sigorta ettirenin mutabık kalacağı koşullarla birer yıllık sürelerle değerlendirme yapılarak yenilenebilir.

9. YENİLEME GÜVENCESİ

Sompo Sigorta Yenileme Güvencesi:

Yenileme Güvencesi; sigortalının işbu güvenceyi almasından sonra, Sağlık Sigortası Genel Şartlarında tanımlı beyan ve ihbar yükümlülükleri dışında, sigortacı tarafından bu kişinin değişen sağlık koşullarına göre risk değerlendirmesi yapmaması, hastalık için ek prim almaması, belirli hastalıklar için bekleme süresi veya muafiyet tanımlamaması ve sigortalının varsa mevcut limit, hastalık ek prim, muafiyet ve katılım payında değişiklik yapmamasıdır. Bununla birlikte, Sigortacı işbu güvenceye sahip olan sigortalılara, işbu özel şartlarda belirtilen çerçevede hasarlılık sürprimi uygulayabilir. Sigortacının yenileme güvencesi taahhüdünde bulunduğu sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, her poliçenin yenilendiği tarihte yürürlükte olan Özel Şartlara tabidir. Sigortacı, tüm sigortalılara uygulanmak şartıyla primleri ve genel

sigorta sözleşmesinin özel şartlarını her sigorta sözleşmesi dönemi için ve o tarihten sonra geçerli olmak üzere değiştirme hakkına sahiptir.

Birbirini takip eden üç yıl boyunca Sompo Sigorta'da kesintisiz aynı planda sigortalı olan, 61 yaş öncesi sigorta kapsamına alınan, son 3 yılın H/P oranı ortalaması %90'ın altında olan sigortalılara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda belirlenecek şartlar dahilinde yenileme güvencesi değerlendirilmesi yapılır. Yapılan değerlendirme sonucu uygun bulunan sigortalılara yukarıda belirtilen kapsamda Yenileme Güvencesi verilir.

Yenileme güvencesi alındıktan sonra; sigortalının yenileme güvencesi için risklerinin değerlendirildiği döneme veya öncesine ait sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda veya sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, Sigortacının sigortalıdan son durumu belirtir sağlık beyanı isteme, doktor muayenesine tabi tutma ve daha önce verilen Yenileme Güvencesi'nin geçerliliğini kaldırma, plan ve/veya ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, hastalık ek prim, katılım payı vb) kabul etme hakkı saklıdır. Yenileme Güvencesi hakkı kazanan sigortalıların yenileme döneminde üst plana geçiş talepleri için sigortalılara risk değerlendirilmesi yapılır, sigorta şirketi teminat artışında bulunan sigortalıdan son durumu belirtir sağlık beyanı isteyebilir, sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutabilir ve sonucuna göre üst plana geçiş kabul veya reddedilebilir.

Yenileme Güvencesi hakkı kazanan sigortalının son kullandığı ürün yenileme sırasında Şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise; teminatları benzer olan başka bir ürün ile yenilemesi yapılır. Böyle bir durumda Yenileme Güvencesi hakkı saklı tutulur.

Yenileme sırasında daha geniş teminat kapsamlı plana geçilmesi durumunda, Yenileme Güvencesi hakkı, eklenen teminatlar için geçerli değildir. Genişletilmiş plana geçilmesi durumunda geniş planın yenileme güvencesi değerlendirmesi işbu poliçe özel şartlarında tanımlandığı şekilde yapılır.

23 Ekim 2013 tarihli ve 28800 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği"nde tanımlanan "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" tanımı ile Şirketimizin "Yenileme Güvencesi" uygulaması arasında aşağıda belirtilen farklar mevcuttur.

a-) Sigortacının, "Yenileme Güvencesi" taahhüdünde bulunduğu sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, her poliçenin yenilendiği tarihte yürürlükte olan Genel ve Özel Şartlara tabidir. Sigortacı, tüm sigortalılara uygulanmak şartıyla primleri ve genel sigorta sözleşmesinin özel şartlarını her sigorta sözleşmesi dönemi için ve o tarihten sonra geçerli olmak üzere değiştirme hakkına sahiptir.

b-) "Yenileme Güvencesi" hakkına sahip olan / olacak sigortalılar için; Madde 10'da belirtilen koşullar çerçevesinde hasarlılık sürprimi uygulanmaktadır.

10. PRİM TESPİTİ

Prim

Sigorta Şirketinin yapmış olduğu hasar ödemeleri, hasar frekansı, personel ve genel giderler, sigorta aracılara aracılık faaliyetleri dolayısıyla ödenen miktarlar, Sigorta Şirketi tarafından yapılan istihsal harcamaları, anlaşmalı sağlık kurumu anlaşma oranları ve gerçekleşen sağlık harcamaları, sağlık enflasyonu, SUT, TTB birim, katsayı tarifesi ve uygulama esaslarında yapılan değişiklikler ile özel sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları artışlar, tıbbi malzeme fiyatları ve benzeri hususlar ile piyasa şartlarını da dikkate alarak aktüeryal prensipler doğrultusunda hazırlanan tarife primi üzerinden her dönem sigortalının yaş, cinsiyet, sigortalının kronik/kritik hastalıkları, sigortalının tazminatı, sigortalının teminat bazlı kullanım frekansı, teminat ve teminat limit tutarı, teminat şekli, anlaşmalı kurum networkü, sigortalı katılım payı yüzdesi, muafiyet tutarı, muafiyet katılım yüzdesi, hasar prim/oranları, ikamet ettiği il, ödeme planı için Sigorta Şirketi tarafından belirlenecek primi ifade eder.

Sigortacı poliçenin yenilemesi sırasında; sigortalının primini, aynı yaş,cinsiyet ve plana sahip sağlıklı olan bir sigortalının tarife fiyatının en fazla 2 (iki) katına kadar artırabilir.

SGK uygulamalarının değişmesi durumunda tarife üzerinde tekrar değerlendirme yapılır.

Ek Prim uygulaması;

Değerlendirmeler sonucu sigorta şirketinin ek prim uygulama kararı aldığı durumlarda, sigorta sözleşmesinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan sağlık risklerinin değerlendirilmesi sonucunda, sigortalının rahatsızlık/hastalıklarına teminat verebilmek amacı ile poliçe/sigorta sözleşmelerine yansıtılmak üzere Sigorta Şirketi tarafından talep edilen ek prim tutarını ifade eder. Tıbbi risk değerlendirilmesinin yapıldığı sigortaya yeni başvuru, süresi sona eren poliçenin yenilenmesi veya iptal edilmiş bir sigorta sözleşmesi/poliçenin yeniden düzenlenmesi, teminat değişiklik talepleri ile birlikte, hastalık ek primi belirlenir ve tarife primine eklenir.

Hastalık Ek Primi, sadece ilgili sigortalı için prim tarifesindeki yaş, lokasyon ve cinsiyet için tanımlanmış prime eklenir ve sigortalının kişisel primini belirleyecek ilk ölçüttür. Hastalık ek prim oranı maksimum %200 ile sınırlıdır.

Hasarsızlık İndirimi / Hasarlılık Sürprimi

Poliçe yılı sonunda poliçe kapsamındaki sigortalılara o yıl içerisinde ödenen Tazminat/Prim oranının aşağıda belirtilen oranlarda olması ve sigorta sözleşmesinin kesintisiz olarak yenilenmesi halinde karşılık gelen hasarsızlık indirimi veya hasarlılık sürprimi yeni sözleşmenin primleri üzerinden uygulanır.

Yatarak+Ayakta Tedavi Teminatlı Poliçeler için:

Tazminat/Prim	Hasarsızlık indirimi
% 0-25	% 15 indirim
% 26-40	% 10 indirim
% 41-50	% 5 indirim
% 51 üzeri	% 0 indirim

Tazminat/Prim	Hasarlılık Sürprimi
% 121-150	% 20 sürprim
% 151-200	% 30 sürprim
% 201-250	% 40 sürprim
>%251	%50 sürprim

Yatarak Tedavi Teminatlı Poliçeler için:

Tazminat/Prim	Hasarsızlık indirimi
% 0-20	% 10 indirim

Poliçe yenileme aşamasından sonra sigortalının tazminat talebinde bulunması ve poliçenin Tazminat/Prim oranının değişmesi halinde, sigortacı oluşacak fark primi sigorta ettiren/sigortalıdan zeyilname ile talep eder.

11. BEKLEME SÜRELERİ

11.1.SGK tarafından uygulanan ve tedavinin yapıldığı tarihte yürürlükte olan bekleme süreleri, bu sigorta sözleşmesi için de aynen geçerlidir.

Ayrıca aşağıda belirtilen hastalıklar ve komplikasyonları ile ilgili cerrahi veya tıbbi (medikal) tedaviler ve hastanede yatırılarak yapılan tüm tanı işlemleri ile ilgili giderler, poliçe başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile teminat kapsamı dışındadır.

11.1.1. Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, Varis (özefagus varisleri dahil), Kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz

11.1.2. Her türlü kronik hastalık (hipertansiyon, diabetes, KOAH, astım), tüm romatolojik ve otoimmün hastalıklar (multipl skleroz, SLE, romatoid artrit vb.), inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn), epilepsi, sarkoidoz tanısı ve tedavilerine yönelik girişimler

11.1.3. Üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat ve mesane hastalıkları, varikosel (kısırlıkla ilgili varikosel bekleme süresi sonunda da ödenmez), hidrosel, spermatosel, kordon kisti

11.1.4. Her türlü disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vb.), eklem ve bağ hastalıkları cerrahisi, diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri, ganglion kisti, karpal tünel sendromu

11.1.5. Her türlü fitik (göbek, kasık, mide, omurga vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları

11.1.6. Katarakt glokom ve retina hastalıkları

11.1.7. Tiroid, paratiroid hastalıkları, pilonidal sinüs, anorektal hastalıklara yönelik cerrahi işlemler, tonsillit, geniz eti, sinüzit ve orta kulak cerrahisi

11.1.8. Rahim ve yumurtalık hastalıkları (myom, endometriozis vb.), meme hastalıkları, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), istres inkontinans

11.1.9. Gastroözefageal reflü, dispepsi, gastrit, ülser (yemek borusu, mide, duodenum hastalıkları)

11.2. Dünya Sağlık Örgütü ve/veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş küresel, bölgesel veya ülke içindeki salgın hastalıklara ilişkin sağlık giderleri, hastalıkla ilgili belirti ve/veya şikayetlerin sigorta kapsamına dahil olunduktan 30 gün sonra ortaya çıkmış olması şartıyla poliçe teminatları, limitleri ve ödeme yüzdeleri ve uygulama esasları dahilinde karşılanır. Diğer sigorta şirketlerinden geçiş yapan sigortalılar için de aynı şartlar geçerlidir.

11.3. Ayakta veya yatarak tedavi olmasına bakılmaksızın, tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler, sigorta kapsamına dahil olunduktan 3 ay sonra kapsama alınır.

12. TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 2. ve 3. Maddesine ek olarak aşağıda yazılı haller ve komplikasyonları sigorta teminatı dışındadır;

12.1. Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüksetmesi ve komplikasyonları,

12.2. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı durumda meydana gelen sağlık giderleri,

12.3. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların sağlık kurumu sözleşmesinde belirtilen karşılanma usulleri dışında kalan ve SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,

12.4. Sompo Sigorta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası anlaşmalı kurumları ve kamu idaresindeki yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmet sunucuları dışında gerçekleştirilecek tedavilere ait sağlık giderleri (acil durumlar da dâhil)

12.5. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri,

12.6. İlaçlar, tetkikler için kullanılan kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri, enjektör, iğne, hidrofob pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları, işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb. tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi ve işbu özel şartların Yardımcı Tıbbi Malzeme teminatı tanımında kapsam dahilinde belirtilenler dışında kalan tüm yardımcı tıbbi malzemeler

12.7.5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri,

12.8.Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik her branşta muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,

12.9.Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık ve görme tembelliği, gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları ve bunlarla ilgili giderler,

12.10.Yurtdışında gerçekleşen ilaç masrafları ve her türlü sağlık gideri, yurtdışından getirilecek olan her türlü ilaç,

12.11.Anlaşmasız ambulans ücretleri, yol, gündelik iş görememe, gündelik bakım, rehabilitasyon, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları ve özel harcamalar,

12.12.Kısırlık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis, suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.) tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimosiz vb.)

, anogenital anomaliler, inmemiş, retraktıl, utangaç testis vb. giderler, kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri, AIDS, HPV, ARCS VE HIV virüsüne bağlı tüm hastalıklar, kondilomlar ile zührevi hastalıklarının teşhis ve tedavi masrafları,

12.13.Aksine bir sözleşme yoksa, gebelikle ilgili her türlü gider, doğum ve yeni doğan bebek masrafları,

12.14.Sebepler ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejunum-ileostomi, barsak kısaltılması vb.) ile obeziteye ilişkin tüm giderler, obezite cerrahisi,

12.15.Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme vb.), estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler, terleme tedavisi, jinekomasti, polipe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar, saç dökülmesi, alopesiye yönelik her türlü teşhis ve tedavi giderleri, akne, estetik veya tedavi amaçlı olup olmadığına bakılmaksızın her türlü botox ve ozon uygulamaları,

12.16.Omurga şekil bozuklukları(skolyoz, kifoz vb.) ve tüm yapısal bozukluklar tedavisi ile ilgili giderler, Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, septoplasti, nazal valv operasyonları) ile ameliyat ve girişimler, Konka Hastalıkları, halluks valgus, halluks rigidus vb. Deformitelere ait tüm giderler,

12.17. Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar, doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar vb. Tüm yapısal bozukluklar, puberte bozuklukları, boy kısalığı vb. tüm büyüme gelişme bozuklukları ile 0-6 yaş arasındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fitik işlemleri ile ilgili giderleri,

12.18.Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,

12.19.Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,

12.20.Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri için 40.000 TL üst limiti aşan giderler,

12.21.Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri, her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve

sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık ve geriatrik hastalıklar,

12.22 Belirli bir hastalık veya hastalık şüphesi olmaksızın yapılan kontrol amaçlı inceleme ve tedaviler (tarama testleri, aşılama kontrol testleri, viral markerlar, CA markerleri vb.), allerji testleri, diyetisyen ücretleri, diyetisyen talepli tetkikler ve koruyucu tıbbi hizmetler, elektron Tomografi (EBT) ,Volume Bilgisayarlı Tomografi(VCT) ve benzeri cihazlar ile yapılan koroner arter kalsiyum tarama testi, çok dedektörlü bilgisayarlı tomografi cihazları ile yapılan koroner arter anjiyografileri,tarama amaçlı sanal bronkoskopi,sanal kolonoskopi masrafları

12.23.Karayolları Trafik Kanunu hükümlerinde bahsi geçen, gerekli sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları,

12.24.Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar,

12.25.Her türlü organ nakli giderleri,

12.26.Uyku apnesi ve horlama ile ilgili her türlü gider,

12.27.Çocuk bakımı, her türlü çocuk maması, oral beslenme ürünleri, çocuk bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili sarf malzemeleri, termofor ve bunlarla sınırlı kalmamak üzere her türlü sihi malzemeler, battaniye, uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparat, meme ve penil protezler, (Meme kanseri operasyonu sonrası takılan protez hariç), tekerlekli sandalye ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortezler, vücut içi pompalar, insülin pompası, vücut içine enjekte edilen ve implante edilebilen tedavi amaçlı pompalar, uyku apnesi cihazı (CPAP ve uyku odası dahil) vb. tüm giderler,

12.28.Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tedavi veya her türlü cerrahi müdahaledeki hataları sonucunda doğan harcamalar,

12.29. Yoğun Bakım'da yıllık toplam 100 günü aşan yatışlar ve sigorta yılı içinde teminat altına alınan 200 günü aşan hastanede yatış süresini içeren giderler,

12.30. Doğum sırasında ve doğum sonrasındaki her türlü bebek masrafları kapsam dışıdır.

12.31. Yüzeysel varislere yönelik her türlü girişim ve tedavi (skleroterapi, lazer, radyofrekans vb.),

12.32. Sağlık Destek hattı dışında alınan ambulans hizmeti giderleri,

12.33 Özel hemşire giderleri,

12.34 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

12.35 Hiperhidroza ait tüm giderler

12.36 Her türlü profesyonel, lisanslı ve/veya tehlikeli sporlar (dağcılık, paraşütcülük, havada yolculuk dışı uçuş, su altı sporları, ralli, motokros, binicilik, kayak vb.) ve bunlara ilişkin spor müsabakaları ile sürat ve mükavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara ait giderler,

12.37 Grevlere, lokavtla ilgili işçi hareketlerine, halk hareketlerine, kavgalara iştirakin doğuracağı sakatlıklar ve gerektirdiği teşhis ve tedavi masrafları,

12.38 İş kazalarına ve iş kazası sonucu gelişen rahatsızlıklara ilişkin tüm giderler,

13.SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1 Prim ödenmemesi sonucu iptal

Sigortalı ettiren, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Aynı şekilde, sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Sigortacının Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesi uyarınca tüm hakları saklıdır.

13.2.Sigorta Ettiren/Sigortalı Talebi Sonucu İptal

Sigorta ettiren, işbu sigorta sözleşmesini, herhangi bir sebep göstermeksizin, yazılı yapacağı

fesih ihbarı ile feshetme hakkına sahiptir. Fesih, sigortacı tarafından ihbarın tebellüğ edildiği tarihte hüküm doğuracaktır. Sigortalının/sigorta ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde kanuni sebepler dışında iptal talebinde bulunması halinde ise, rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigortalıya iade edilir. Poliçe başlangıç tarihinden itibaren, 30 günlük başvuru süresinin aşılması halinde, rizikonun gerçekleşmediği durumlarda poliçe gün esaslı üzerinden iptal edilir.

İptal işlemi aşağıdaki kurallar doğrultusunda gün esasına göre yapılır.

- Sigortalıya tazminat ödenmemişse veya sigortalıya tazminat ödenmiş olsa dahi, ödenen tazminat tutarı, Sigorta Şirketinin gün esaslı hakedilen priminin altında kalıyor ise Sigorta Şirketi kalan süre hak edilen primi iade eder.
- Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, Sigorta Şirketinin gün esasıyla hak ettiği primden fazla ise tüm prim muaccel olur.

Sigorta ettiren, sağlık sözleşmesinin iptalini Sigorta Şirketinden talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için; sigorta ettiren tarafından düzenlenen ve içeriğinde imza, güncel tarih bulunan iptal beyanının Sigorta Şirketi'ne ulaştırılması gerekmektedir.

Sözleşme yılı içinde iptal isteminin sigorta ettirenden gelmesi halinde; yukarıdaki kurallar doğrultusunda gün esasına göre işlem yapılır.

Sigorta ettirenin/sigortalının vefatı halinde; vefat tarihi itibarıyla yukarıdaki iptal kuralları doğrultusunda poliçe iptal edilir.

13.3.Kötü Niyetli Uygulamalar Sonucu İptal

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin veya sigortalıların birbirlerinin teminatlarından yararlandırılması, sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi veya sigortalı tarafından yarar sağlama amacıyla teminatların kötü niyetli olarak kullanıldığı saptanması halinde, bu durumu yanlış sigorta uygulamalarının tespiti, bildirim, kaydı ve bu uygulamalarla mücadele usul ve esasları hakkında yönetmelik gereğince sigorta bilgi merkezine bildirmek dışında, Sigorta Şirketi varsa yaptığı tazminat ödemelerini geri alma ve her durumda prim iadesi yapmaksızın sigorta sözleşmesini / poliçesini fesih etmek hakkına sahiptir.

13.4. İşbu sigorta sözleşmesi en fazla bir yıl için geçerli olup, bitiş tarihinde kendiliğinden sonlanır ve teminatlar durur. Sigortanın sona erme tarihinden önce sigortacı tarafından kabul edilen yatarak tedavi teminatı, sözleşme süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, en fazla 10 gün olmak üzere özel şartlar ve teminat limiti doğrultusunda karşılanır. Sigorta sözleşmesinin iptali veya sigortalının sigorta sözleşmesi teminatlarından çıkarılması halinde iptal, çıkartılma veya plan değişikliği tarihinden sonraki hastane tedavilerinin masrafları hiçbir koşul aranmaksızın karşılanmaz.

14.KONTROL YETKİSİ

Sigorta Şirketi, gider bildiriminde bulunulması durumunda veya sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir. Ayrıca sigorta süresi öncesinde ve sigortalı olunan sürece, sigortalıyı tedavi eden tüm doktor, sağlık kuruluşu ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma ve her türlü kayıt kopyalarını isteme hakkına da sahiptir. Sigortalı bu nedenden dolayı gerek Sigorta Şirketine ve gerekse tedavisi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını veren kurum ve kuruluşlara karşı herhangi bir hak iddia etmeyeceğini kabul eder.

Sigorta Şirketi kendi adına, gerçekleşen giderleri incelemek için bağımsız temsilciler atayabilir. Sigorta Şirketi, 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu Madde 31/B bendi gereğince sigortadan menfaat sağlayan sigortalı/sigorta ettirene ilişkin olarak sigortalı/sigorta ettiren tarafından sağlanan bilgileri, yanlış sigorta uygulamaları dahil, risk değerlendirmesine esas bilgileri toplamak üzere Sigortacılık Kanunu ve Bakanlıkça belirlenecek kişiler ve Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi ile paylaşmakla yükümlü olup, sigortalı/sigorta ettiren bu hususa muvafakatini peşinen vermiştir.

15.SİGORTA BİLGİ VE GÖZETİM MERKEZİ UYGULAMALARI

Sigortalılara ait sağlık bilgileri Sağlık Sigortalı Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne (SAGMER) transfer edilmektedir. Gerektiğinde sigortalılarla ilgili sağlık bilgileri SAGMER'den sigortalı adına temin edilecektir. Sigorta Bilgi Merkezinin, Sigorta Bilgi Merkezi Yönetmeliği gereği talep

ettiği bilgilerin gönderilmesi zaruri olup, Bilgi Merkezine verilen bu bilgilerden dolayı Sigorta Şirketinin hiçbir sorumluluğu bulunmamaktadır.

EK-1: Check Up Paketi İçeriği – Yılda 1 kez geçerlidir.

Doktor Değerlendirmesi
Akciđer Grafisi (Tek Yönlü)
EKG (Kalp Elektrosu)
Kan Sayımı (18 Parametre)
Tam İdrar Tahlili
Sedimentasyon
Glukoz (Açlık Kan Şekeri)
Kolesterol (Total)

EK-2: Diş tedavi paketi içeriği – Yılda 1 kez geçerlidir

Diş Hekimi Muayenesi
Periapikal/panaromik Röntgen
Teşhis ve Tedavi Planlaması
Diş Taşı Temizliđi (Alt+Üst Çene)