

MAGDEBURGER SİGORTA TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI

MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası; poliçede belirtilen sigortalının, sigorta süresi içinde gerçekleşen ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümlerine göre karşılanan sağlık gideri tutarının üzerinde kalan fark tutarını, Sağlık Sigortası Genel Şartları, işbu özel şartlar, poliçede belirtilen teminat limit, ödeme yüzdesi ve istisnalar doğrultusunda teminat altına alır. Bu poliçe MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş. tarafından belirlenmiş anlaşmalı kurum listesinde yer alan ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarında geçerlidir.

Sigorta poliçesinin kapsamı ancak poliçe özel şartlarında belirlenmiş şartlara uygun, SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerlidir. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar, poliçelerini aksi bir talep olmadıkça devam ettirebilir. Ancak sigortalı poliçe teminatlarından faydalanamaz. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatı kullanılır hale gelir.

Sigortalı; poliçe satın aldığı anda poliçe süresi boyunca MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş. nin gerekli gördüğü takdirde kendisinin sağlık geçmişi, tedavisi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme, tedavisi hakkında kurum, doktor ve 3. kişilerden her türlü bilgi alma, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkı için izin vermiş sayılır. MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş. bu inceleme için kendi adına bağımsız temsilciler atayabilir.

Sağlık poliçeleri bir yıllık düzenlenir. Poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Poliçe Türkiye saati ile öğlen 12.00'da başlar, belirtilen bitiş tarihinde öğlen 12.00'da sona erer. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz.

Prim tahsilatı, peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır. Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar.

2. TANIMLAR

POLİÇE

Sigortalanan kişi veya kişilere ait belirleyici bilgileri, sigortalının başlangıç ve bitiş tarihlerini, ödenecek prim ve teminat tutarlarını içeren, sigortacı ile sigorta ettiren arasında yapılan sigorta sözleşmesinin yazılı belgesidir.

POLİÇE ÖZEL ŞARTLARI

Poliçeye ait ve ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde belirtilen hükümlerin sigorta ettiren /sigortalı aleyhine hükümler içermeyen, sigortacı tarafından hazırlanmış ürüne özel şartlardır.

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Sağlık Sigortası Genel Şartları www.tsb.org.tr sitesinde güncel olarak yer almaktadır.

BAŞVURU VE BİLGİLENDİRME FORMU

Sigortalı adayına ait bilgileri ve seçilen teminat limitini, sağlık beyanını, prim ödeme planını içeren ve gerek sözleşmenin müzakeresi gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin devamı sırasında ortaya çıkabilecek ve sözleşmenin işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki

değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen sigortacı tarafından verilen bilgileri içeren ve sigorta ettiren/sigortalı tarafından imzalanması gereken forma Başvuru ve Bilgilendirme Formu denir. Bu form, sigortacı için bir teklif niteliğindedir. Bu formun doldurulması sözleşme ilişkisinin başladığı anlamına gelmemekte olup, sigortacının değerlendirmesi sonucu kabulü hâlinde primin (veya peşinatın) tahsili ile poliçe tanzim edilir.

SİGORTA ETTİREN

Sigortacı ile sigorta sözleşmesine taraf olan ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigortadan doğan yükümlülükleri üstlenmiş gerçek veya tüzel kişidir.

SİGORTACI

Sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında sigorta ettiren/sigortalıya rizikonun gerçekleşmesi hâlinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur.

SİGORTALI / SİGORTALILAR

Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan poliçede ismi yazılı kişi/kişilerdir.

ANLAŞMALI KURULUŞ

ŞİRKET ile ürüne özel anlaşması bulunan ve ŞİRKET' in sözleşme yaptığı sigorta şirketi sigortalılarına bu anlaşma çerçevesinde sağlık hizmeti sunan kurumlardır.

Anlaşmalı kuruluşların listesi, MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş.'ne ait www.magdeburger.com.tr adresli web sayfasında güncel hali ile sunulmaktadır. Sigorta şirketinin anlaşmalı kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

ANLAŞMASIZ KURULUŞ

ŞİRKET ile özel anlaşması bulunmayan ve anlaşmalı kurum listesinde yer almayan sağlık kurumlarıdır.

ŞİRKET

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarıyla sözleşme yapan ve yaptığı sözleşme karşılığında; kendisiyle sözleşme imzalamış sigorta şirketlerinin sigortalılarına almış oldukları ürün içerikleri doğrultusunda anlaşmalı kurumlardan sağlık hizmeti almalarını sağlayan şirkettir.

PRİM

Sigortacının sözleşme ile sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar kapsamında tazminat ödemesi yapmak üzere sigorta ettirenden aldığı ücrettir.

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (SUT)

5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 Sayılı Kanun ve "Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği" hükümleri çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yayımlanan Sağlıkta Uygulama Tebliği (SUT). 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği Genel Sağlık Sigortası'ndan yararlandırılan kişilerin, SGK finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nca belirlenen Kurumca ödenecek bedellerin bildirildiği Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'ni ifade eder.

İLAVE ÜCRETLER

İlave ücret 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 73. Maddesinin ikinci fıkrasında düzenlenmiştir. İlav e ücretin alınmasına ilişkin hususlar ise Sağlık Uygulama Tebliği'nin 3.3. numaralı maddesinde açıklanmıştır. Buna göre; Kurumla sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Kurum'ca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kurum'a fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden istenen fark ücretlerdir.

KATILIM PAYI

5510 Sayılı kanun çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için Genel Sağlık Sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işlemlerinde ödenecek tutar.

LİMİT

Sigortacı'nın bu Sigorta Poliçesi'nin şartları içerisinde istisna, bekleme süresi, limit ve muafiyet dışında üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamını ifade eder. Sigortalı'nın belirtilen teminatından, sigorta poliçesi dönemi süresince kullanabileceği azami gider toplamıdır.

ÖNCE DEN VAR OLAN RAHATSIZLIK

Sigortalanma öncesinde var olan rahatsızlık/hastalıktır. Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı ve gelişim süreci, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlık ve bunlara bağlı olarak gelişen nüks ile komplikasyonlardır.

ZEYİLNAME

Poliçenin yürürlüğe girmesinden sonra ortaya çıkan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olan, son durumu gösteren ek sigorta sözleşmesidir.

KOMPLİKASYON

Bir hastalığın seyri, tedavisi sırasında veya sonrasında bu hastalıkla bağlantılı olarak oluşan sağlık durumudur.

PROVİZYON ONAYI

Şirket'in Anlaşmalı sağlık kurumlarına, poliçe özel şartlarında belirtilen esaslar doğrultusunda sigortalı lehine verdiği sağlık giderleri ödeme taahhüdüdür.

TAZMİNAT

Sağlık giderinin poliçe özel ve genel şartları ile teminat limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Sigortacı tarafından onaylanan ve/veya ödenen tutarıdır.

KONJENİTAL HASTALIK

Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır. Bazı durumlarda şikâyetler ilerleyen yaşlarda görülebilmektedir.

KRONİK HASTALIK

Tamamen geçmesi mümkün olmayan süregelen ya da uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hastalıklardır.

MUACCEL OLMAK

Primin ve/veya tazminatın talep edilebilir hâle gelmiş olması.

MUAFİYET

Sağlık giderlerinde sigortacı tarafından karşılanmayacak olan sigortalının ödemeyi üstlendiği kısımdır. Muafiyet bir tutar, teminatın başlama süresi ve/veya teminat yüzdesi olabilir ve plan dâhilindeki tüm sigortalılar için geçerlidir.

İSTİSNA

Poliçe öncesinde mevcut olan ya da poliçe döneminde ortaya çıkan sağlık risklerinin sigortacı tarafından kapsam dışı bırakılmasıdır.

RİSK / RİZİKO

Sağlık sigortaları için risk, hastalık ve kazalar ile bunların ortaya çıkma ihtimalini artıran fiziksel durumlar, alışkanlıklar vb. koşullardır.

RÜCU

Sigortacının ödediği tedavi masraflarını, halefiyet uyarınca tedavi masraflarının oluşmasında sorumluluğu bulunan üçüncü şahıslardan talep etme hakkıdır.

SİGORTALI TANITIM KARTI

Sigortalının adına düzenlenerek poliçesi ekinde verilen ve anlaşmalı kurumlarda sigorta şirketince sağlanmış koşulların uygulanması için istendiğinde ibraz edilmesi gerekli kart.

TEMİNAT

Sigortacının sigortalıya, rizikonun gerçekleşmesi halinde sigorta poliçesi özel ve genel şartları çerçevesinde taahhüt ettiği güvencedir.

VERGİ İNDİRİMİ

193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 01 Ocak 1986 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 3239 Sayılı kanun ile değişen 63. ve 89. maddeleri gereğince; mükellefin şahsı, eşi ve küçük çocukları için ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primleri vergi indirimi kapsamındadır.

Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırları tanımlayan söz konusu maddeler, 29 Haziran 2012 tarih ve 28338 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6327 Sayılı kanun ile değiştirilerek 01 Ocak 2013 tarihinden sonra geçerli olmak üzere yeni düzenlemeler getirilmiştir.

Bordro ile ücret alan mükellefin ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primi, primin ödendiği ayda elde edilen brüt kazancın %15'ini ve asgari ücretin aylık tutarını aşmamak şartıyla gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Gelir vergisi beyannamesine tabi mükellefin ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primi, (primin gelirin elde edildiği yılda ödenmiş olması ve ücret geliri elde edenlerin ücretlerinin safi tutarının hesaplanması sırasında ayrıca indirilmemiş bulunması şartıyla) beyan edilen yıllık gelirin %15'ini ve asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacak şekilde gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir.

Söz konusu kanundan yararlanabilmek için 1) Bordro ile ücret alıyor iseniz, çalıştığınız işyerinde muhasebe servisine Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzunu vermeniz 2) Serbest çalışıyor iseniz, Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzundaki prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtmeniz yeterlidir. (Prim ödeyenin adı/soyadı, ödemenin ait olduğu dönem, ödenen prim, ödeme yapılan sigorta şirketinin ünvanı ve ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu, otomatik para çekme makinası makbuzu ve kredi kartı ekstreleri makbuz yerine geçmektedir.)

3. TEMİNATLAR

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş.'nin ŞİRKET ile yaptığı sözleşmeye istinaden poliçe sahibi sigortalılarının, ŞİRKET'in SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) ile sözleşme/protokolü bulunan sağlık kurum ve kuruluşlarından oluşturduğu anlaşmalı kuruluşlarından sağlık hizmeti almaları sırasında oluşabilecek ilave ücretlerin poliçe teminat limit, ödeme oranı, özel ve genel şartları doğrultusunda ödenmesini kapsar. Poliçe teminat limit ve katılım payını aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir.

Tedavinin acil olup olmamasına, kurumun anlaşmalı veya anlaşmasız olmasına bakılmaksızın anlaşmasız (staf olmayan, SGK anlaşması bulunmayan) doktor tarafından yapılacak işlemler için doktor ücreti bu poliçe kapsamında ödenmez.

İş bu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumlar üzerinde ŞİRKET' in değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.magdeburger.com.tr adresinde yer almaktadır.

YATARAK TEDAVİ

Yatarak Tedavi teminatı, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, tıbben gerekli olan cerrahi ve/veya dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi, suni uzuv, tıbbi malzeme, kara ambulans giderleri ile küçük müdahale giderlerinin poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde karşılanmasını kapsar. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır. Sigortalı için hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil durumlarda yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna kara yolu ile nakli için Sigortacı tarafından verilen numara aranarak, onay alınması zorunludur. Kara ambulansı sadece anlaşmalı kurumlarda acil durumlarda geçerlidir.

Bu teminatın kullanılabilmesi için; sigortalının anlaşmalı kurum listesinde yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması; ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'na uygun olması gerekmektedir.

Hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporu ile belgelenerek Sigortacı'nın onay vermesi koşulu ile poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesi doğrultusunda bu teminat kapsamında karşılanır.

Anlaşmalı kurum bulunmayan illerde SGK kullanılarak gerçekleşen sağlık gideri fark ücretleri poliçe özel ve genel şartlarına uygun olması şartı ile teminat limit ve ödeme oranı doğrultusunda 1 SUT ile limitli olarak ödenecektir.

Ayrıca hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil durumlarda anlaşma harici kurumlarda SGK kullanılarak gerçekleşen sağlık gideri fark ücretleri de Genel Sağlık Sigortası 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri dışında, poliçe özel ve genel şartlarına uygun olması şartı ile teminat limit ve ödeme oranı doğrultusunda 1 SUT ile limitli olarak ödenecektir.

a. AMELİYAT MASRAFLARI TEMİNATI:

Yatarak tedavilerde, sigortalının tedavisinin cerrahi bir müdahaleyi gerektirdiği hallerde, Ameliyathaneye girişten ameliyathaneden çıkışa kadar yapılan her türlü masraf (oda, refakat hariç), ameliyat, anestezi, asistan, sarf malzemeleri, poliçede yazılı limit uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır. Hastane koşullarında yapılan kateterli koroner anjiyografi girişimine, dış gebelik operasyonuna ve ESWL operasyonuna (Böbrek taşı kırılması) ait giderler ameliyat teminatından ödenir.

Aynı veya ayrı kesiler de yapılan ameliyatlarda Operatör, Narkozitör, Asistan ve Anestezi ücretleri SUT genel ilke ve esasları doğrultusunda, poliçe teminat ve limitleri oranında uygulanır. (Poliçenin teminatına göre değişir)

Yanlış teşhis ve tedavi sonucunda yeniden yapılacak tedavilerden, buna neden olan kurum veya doktorlar sorumludur.

Hastaneden taburcu olduktan sonra meydana gelecek Ameliyat Masrafları teminatına konu olacak gereksinimler aynı hastalık için olsa dahi, ayrı bir ameliyat olayı sayılacaktır.

b. HASTANE TEDAVİ TEMİNATI:

Sigortalının tedavisinin cerrahi müdahaleyi gerektirmediği ve/veya ameliyat öncesi ve sonrası durumlarda yatarak tedavi gördüğü sağlık kuruluşunda oluşan;

- Doktor viziteleri, konsültasyonlar, ilaçlar,
- Tahlil, röntgen gibi her türlü tetkikler,
- Kan, kan plazması dahil olmak üzere tüm gerekli hizmet ve malzemeler, oksijen, serum, pansuman, enjeksiyon ve benzeri uygulamalar, (Magdeburger Sigorta gerekli malzemeyi hastane yerine tedarikçi firmadan alma hakkına sahiptir.)
- Trafik kazası sonrası acil diş tedavisi ile ilgili masraflar,
- Hemşirelik hizmetleri, tıbbi amaçlı servis hizmetleri v.b hizmetler için oluşan masraflar
- Poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler dahilinde karşılanır. Hastane Tedavi Masrafları teminatı beher yatış için geçerlidir.

Hastaneden taburcu olduktan sonra meydana gelecek Hastane Tedavi Masrafları teminatına konu olacak gereksinimler aynı hastalık için olsa dahi, ayrı bir hastalık olayı sayılacaktır.

c. HASTANE ODA -YEMEK- REFAKATÇI TEMİNATI:

Sigortalının hastanede yatarak tedavisinin gerçekleşmesi halinde oluşan standart oda, yemek ve refakatçi masraflarını poliçede belirtilen günlük teminat limiti ve uygulaması dahilinde karşılanır. Yatış gün sayısı bir poliçe dönemi içerisinde en fazla 180 gündür.

d. YOĞUN BAKIM TEMİNATI:

Sigortalının hastanede yatarak tedavisinin gerçekleşmesi halinde oluşan yoğun bakım ünitesi masraflarını (yatak-yemek ücreti, yoğun bakımda demirbaş kullanılan aletlerin kullanım ücretleri; monitorizasyon v.b. diğer makinelerin ücretleri, yoğun bakımda yapılan işlemler için gerekli sarf malzemeler; havalı yatak ile iv. pump ücretleri) günlük teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin eder.

Yoğun bakımda kalınan süre için yapılan refakatçi masrafları teminat kapsamında değildir.

Aynı veya değişik hastalıktan dolayı da olsa poliçe dönemi içerisinde sağlık kuruluşunda kalış süresi azami 90 gün ile sınırlıdır.

e. ÖZELLİKLİ TEDAVİ TEMİNATI (RADYOTERAPİ, KEMOTERAPİ, DİALİZ) :

Sigortalının ayakta ya da yatarak tedavilerde kemoterapi, radyoterapi ve dialize yönelik olarak yapılan (tetkik, oda-yemek-refakatçi masrafları da dahil) her türlü masraf poliçede belirtilen limit, uygulama ve

muafiyetler çerçevesinde karşılanır. Bu teminatın limiti yıllıktır. Kemoterapi ve radyoterapi sonrasında hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan muayene ve tetkiklere ait giderler ilgili teminatlardan ödenir, özellikli tedavi teminatından ödenmez.

f. KORONER ANJİOGRAFİ TEMİNATI:

Koroner Anjiografi ile ilgili tüm giderler yatarak tedavi teminat limitinden poliçede belirtilen limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır. (Sigortacı gerekli malzemeyi hastane yerine tedarikçi firmadan alma hakkına sahiptir.)

g. KÜÇÜK MÜDAHALE TEMİNATI:

Sigortalının ayakta tedavilerde pansuman, enjeksiyon, kulak yıkama, alçı uygulaması, oksijen verilmesi, apse drenajı, mide yıkama, serum takılması, endoskopik küçük cerrahi müdahaleler, endoskopik biyopsi, büyüklüğüne bakılmaksızın bir veya birden fazla her türlü ben ve siğil alımı (nevüs, verruca), lipom alımı, parasentez, koterizasyon, krioterapi, algoloji uygulamaları hastanede kullanılan monitör cihaz ücretleri, müşahede yatak ve benzeri müdahale masrafları poliçede yazılı limit, muafiyet ve uygulamalar dahilinde karşılanır. Müdahale ile ilgili muayene, tetkik ve ilaç masrafları yine bu teminattan karşılanır.

h. SUNİ UZUV VE PROTEZ TEMİNATI:

Sigortalının sigorta süresi içinde meydana gelebilecek herhangi bir kaza veya hastalık sonucu gerekli olacak suni uzuv ve rekonstrüktif protezler için yapılan harcamalar poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır.

Bu teminata gözlük-cam-çerçeve, lens, diş protezleri, tekerlekli sandalye masrafları dahil değildir.

Sigorta başlangıç tarihinde varolan maluliyetler için kullanılacak olan suni uzuvlar, varolan suni uzuvların yenilenmesi ve diş protezlerine ilişkin giderler poliçe kapsamı dışındadır.

i. TIBBİ MALZEME TEMİNATI:

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

AMBULANS HİZMETLERİ TEMİNATI

Sigortalılarımız, aşağıda belirtilen "Acil Durumlarda", Şirketimiz adına bu hizmeti veren firmanın

Magdeburger Ambulans Hizmetleri ile; Acil durumlarda poliçe sahibine; Tıbbi Danışmanlık, Acil Sağlık Hizmetleri, Acil Kara Ambulansı Hizmeti, Acil Hekim Hizmeti, ilaç ve Sarf Malzemesi temin edilmektedir.

Acil durumlarda bu hizmetlerden yararlanabilmek için 444 12 12 numaralı Acil Sağlık Hattının aranması, bilgi alınması ve görevlilerin yönlendirmelerine uyulması şarttır.

Bu poliçe SGK ile anlaşmalı olan özel hastanelerde aynı zamanda Magdeburger Sigorta A.Ş.'nin de bu hastane ile anlaşması olması durumunda geçerlidir. Diğer kurumlarda yapılan harcamalar her durumda poliçe kapsamı dışındadır.

AYAKTA TEDAVİ

Ayakta tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme, endoskopik işlemler ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi teminatlarından oluşur. Ayakta tedavi giderleri poliçede ilgili teminatın seçilmesi kaydı ile poliçede

belirtilen adet limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Doktor muayene ile vaka takip numarası ilişkisi olmadan gerçekleşen tahlil, röntgen, ileri tanı yöntemleri kapsam dışındadır. Endoskopik işlemler ve Fizik Tedavi işlemleri toplam ayakta tedavi teminatından, doktor muayene dışında ayrı bir hak olarak değerlendirilir. Fizik tedavi teminatı SGK seans adedi kurallarına bağlı olarak poliçede belirtilen limitler dahilinde ödenir.

Bu teminatın kullanılabilmesi için; sigortalının anlaşmalı kurum listesinde yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması; ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir.

a. DOKTOR MUAYENE TEMİNATI

Ayakta tedavilerde doktor muayene ücretleri, poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır. Teşhise yardımcı olmak amacıyla muayene esnasında doktorun bizzat yapmış olduğu teşhis yöntemlerine ilişkin giderler doktor muayene teminatı içerisinde değerlendirilir. Muayene kontrol süresi aynı hastanede aynı branş ve aynı tanı için geçerli olup, 10 gün ile sınırlıdır.

b. TAHLİL MASRAFLARI TEMİNATI:

Ayakta tedavilerde, doktorun yazılı talebiyle laboratuvar tahlilleri için yapılan masraflar poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler dahilinde karşılanır.

c. RÖNTGEN MASRAFLARI TEMİNATI:

Ayakta tedavilerde, doktorun yazılı talebiyle yapılan röntgen olarak nitelendirilen tetkikler poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır. (Basit direkt grafikler (ilaçsız), solunum fonksiyon testi, odiometri, timpanogram, görme alanı, doppler USG, EKG, eforlu EKG, EKO, EMG, EEG, USG vb.)

d. MODERN TEŞHİS YÖNTEMLERİ TEMİNATI:

Ayakta tedavilerde, röntgen teminatında belirtilen yöntemler dışında yapılan her türlü tetkik, Tomografi, Sintigrafi, Skopiler, Ürografi, MR, Doppler, Elektron Anjio, MR Anjio, Positron Emission Tomografi, Gated Spect OGS Yöntemi ve Vazodilatör Perfüzyon Tekniği için poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır.

e. FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON TEMİNATI:

Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim tarafından tedavi planı düzenlenmesi durumunda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat için poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Sadece fizik tedavi ve rehabilitasyon amacıyla hastanede yatarak uygulanan tedavilerde; fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi) karşılanmaz.

EK TEMİNATLAR

CHECK-UP (TEMİNATIN ALINMASI HALİNDE GEÇERLİDİR.)

Poliçesinde check-up teminatı bulunan sigortalılarımızın aşağıda belirtilen tetkiklere ait giderleri yılda bir kez ve %100 oranında karşılanır.

Doktor Değerlendirme: Hekim tarafından sonuçların değerlendirilmesi

Akciğer Grafisi Tek Yönlü: Akciğer, kalp ve komşu organ hastalıkları tarama testi.

EKG: Koroner damar hastalıkları ile kalp ritim bozukluklarını tespit etme ve izleme testi.

Tam Kan Sayımı (18 Parametre): Kan hastalıkları ile diğer doku ve organ hastalıklarını araştırma ve izleme testi.

Tam İdrar Testi: Böbrek, mesane ve idrar yolları hastalıklarının araştırılması testi.

Sedimentasyon: Enfeksiyon hastalıkları ve romatizmal hastalıklar başta olmak üzere non-spesifik tanı testi.

Açlık Kan Şekeri: Şeker hastalığı tanı testi.

Total Kolesterol: Koroner damar hastalıklarının risk değerlendirme testi

Bu hizmetten yararlanmak için **0212 401 30 78** numaralı hattın aranması, bilgi alınması ve görevlilerin yönlendirilmelerine uyulması şarttır. Bu teminat Magdeburger Sigorta A.Ş.'nin asistans firmasının anlaşmalı olduğu kurumlarında geçerli olacaktır. Diğer kurumlarda yapılan harcamalar her durumda police kapsamı dışındadır.

DIŞ PAKETİ

Poliçesinde dış teminatı bulunan sigortalılarımızın aşağıda belirtilen tetkiklere ait giderleri yılda bir kez ve %100 oranında karşılanır. Teminata dahil hizmetler; Uzman Dış Hekimi Muayenesi, Dolgu Sökümü (tek dış için), Dolgu (tek dış), Dış taşı temizliği, Düşmüş Kuron ve köprü simantasyonu, Okluzyon aşındırmaları, Teşhis ve Tedavi Planlamaları. Bu hizmetten yararlanmak için **0212 337 72 48** numaralı hattın aranması, bilgi alınması ve görevlilerin yönlendirilmelerine uyulması şarttır. Bu teminat Magdeburger Sigorta A.Ş.'nin asistans firmasının anlaşmalı olduğu kurumlarında geçerli olacaktır. Diğer kurumlarda yapılan harcamalar her durumda police kapsamı dışındadır.

TEHLİKELİ HASTALIKLAR (TEMİNATIN ALINMASI HALİNDE GEÇERLİDİR.)

Tehlikeli Hastalıklar Ek Teminatı Kapsamına Giren Hastalıklar;

İşbu teminat aşağıda tanımı yapılan, teşhisi konulan, semptomların ve/veya tedavinin poliçe başlangıcından önce var olmaması koşulu ile, Sigortalıya 10.000 TL tazminat ödemesi yapılır.

1. Miyokard Enfarktüsü (Kalp Krizi)

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

- a. Tipik göğüs ağrısı hikayesi
- b. Yeni elektrokardiyogram değişiklikleri
- c. Kardiyak enzimlerde yükselme (CPK, CK ve LDH)

2. Hastalık Sonucu Oluşan İnme

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

3. Koroner Damar Hastalığı Sonucu Yapılan Açık Kalp Ameliyatı

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

4. Kanser

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

Habis, yayılcı melanomlar haricindeki tüm cilt kanserleri

Çok erken döneme özgü, habaset değişiklikleri gösteren tümörler

Hodgkin hastalığının birinci evresi

Hücre içinde (in situ) kalıp, yayılma özelliği bulunmayan (örneğin, rahim boynu kanseri vb) kanserler

HIV virüsü mevcudiyeti halinde ortaya çıkan tümörler

5. Böbrek Yetmezliği

Böbrek yetmezliğinin son safhasına erişildiği ve her iki böbreğin de fonksiyon yeteneğini geri dönüşümsüz ve tümüyle kaybetmesi sonucu böbrek diyalizi ve böbrek nakli gerektiren durumlardır.

6. Önemli Organ Nakli Ameliyatı

Alıcı olarak bir kalp, böbrek, karaciğer, akciğer veya kemik iliği nakli ameliyatı geçirilmesi durumudur.

7. Körlük

Ciddi bir hastalık veya bir kaza neticesinde her iki gözün de daimi ve iyileşemeyecek şekilde görme gücünü tamamen kaybetmesi durumudur. Bu durumdaki bir körlüğün uzman bir göz doktoru tarafından hazırlanacak bir rapor ile kanıtlanması gerekir.

8. Multipl Skleroz

Multipl Skleroz (MS); Beyin ve omurilikte demiyelinizasyon ile karakterize olan bir merkezi sinir sistemi hastalığıdır. Multipl skleroz hastalığının, nörolojik bulgu ve belirtilerle şekillenen en az iki atakla ortaya çıkması, semptomlarının en az altı aydan beri devam etmiş olması ve nöroloji uzmanı bir doktor tarafından, manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi vb. modern muayene teknikleriyle hiçbir kuşkuya yer vermeyecek bir şekilde teşhis edilmesi gerekir.

9. Kol Veya Bacak Kaybı

Hastalık veya kaza neticesi ikiden fazla kol ve bacağın tam ve sürekli olarak kaybı veya iki veya daha fazla kol ve bacağın bilekten yukarı kısımlarının kesilmesidir.

TEHLİKELİ HASTALIKLAR TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER;

Hastalık sigortası genel şartlarındaki istisnalardan başka;

- Alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, doktor kontrolü dışında ilaç ve uyuşturucu maddeler sebebiyle ortaya çıkan hastalıklar,

- Motosiklet kullanımı nedeniyle oluşacak kazalara ilişkin tedavi giderleri sigortalının motosiklet kullandığını teklifnamede belirterek sigortacı tarafından kabul edilmesi ve gerekli ek primin alınmış olması koşuluyla geçerlidir.
- Profesyonel (Lisanslı), amatör veya hobi amaçlı yapılan tehlikeli/tehlikesiz tüm spor faaliyetleri ve/veya tüm yarışlar ile bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetler (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütcülük, parapant, delta kanatla uçuş, ata binme, kayak yapma, su sporları, dalgıcılık, ulaşım amaçlı olsa dahi atv kullanma vb) nedeniyle gerçekleşen sağlık tedavi giderleri,
- Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri
- Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcaması,
- HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS), genital kondilom, genital siğil, genital herpes, sifiliz, gonore, trikomoniasis ile ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
- Poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 90 gün içinde ortaya çıkan tehlikeli hastalıklar ve ameliyatlar, teminat kapsamı dışındadır.

TEHLİKELİ HASTALIKLAR SİGORTASI TAZMİNATININ ÖDENMESİ

Tehlikeli hastalıklar rizikosunun gerçekleşmesi halinde; sigortalı ve yakınları, poliçe teminatı dahilinde bulunan hastalıkların teşhis tarihinden, Açık Göğüs Kalp (By-Pass) ameliyatı gerektiren koroner damar hastalığı sonucu yapılan ameliyat ile organ nakli ameliyatı tarihinden itibaren 30 gün içinde tam teşekküllü bir hastane veya sağlık kuruluşundan alınacak rapor ile teminat kapsamındaki rizikonun gerçekleştiğini belgeleyerek, yazılı olarak müracaat etmek suretiyle tazminat talebinde bulunmalıdır.

Sigortalı, tehlikeli hastalığın teşhisi ile ilgili doktor, hastane veya sağlık kuruluşundan aldığı rapor ve diğer bütün belgeleri ibraz etmek mecburiyetindedir.

Sigortacı, tazminat talebinde bulunan sigortalıdan veya sigortalıyı temsile yetkili kişi veya kişilerden tazminat talep formunun, teşhis koyan doktor veya kurum tarafından da teşhis raporunun doldurulmasını ve imzalamasını ister.

Sigortacı, tehlikeli hastalıklar rizikosunun gerçekleştiğine dair sigortalının ihbarda bulunması halinde, gerekli gördüğü takdirde teminat altında bulunan hastalıkla ilgili olarak kendi belirleyeceği bir doktora ya da sağlık kurumuna sigortalıyı muayene ettirebilir.

Sigortacı, rizikonun gerçekleştiğine kanaat getirdikten sonra, (tehlikeli hastalığın kesin teşhis veya ameliyat tarihinden sonra (1) ay sürenin dolmuş olması kaydıyla) poliçede öngörülen kesinleşmiş tazminatı en geç on gün içinde sigortalıya öder. Tazminat ödenmesi sırasında, riziko priminin ödenmemiş bulunan kısmı tazminattan düşülür.

TEHLİKELİ HASTALIKLAR TEMİNATININ SONA ERMESİ

Tehlikeli hastalıklar teminatı aşağıdaki hallerde sona erer;

-Poliçede belirtilen sigorta süresinin bittiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12.00) ay ve yıl.

-Sigorta ettiren riziko gerçekleşmeden önce sözleşmeyi feshettiği takdirde, sigortacı fesih tarihi itibarıyla gün esasına göre prim iadesini yapacaktır.

-Sigorta ettirenin /sigortalının sigorta giriş formu ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan ve rizikonun takdirine etkili olacak sorularla ilgili olarak kasten gerçeğe aykırı veya eksik beyanda bulunduğu tespit edilmesi halinde riziko gerçekleşmiş olsa bile sigortacı sözleşmeden cayabilir. Bu durumda sigorta teminatı sona erer, kalan sigorta müddeti için prim iadesi yapılmaz ve riziko gerçekleşmiş olsa bile sigortalıya tazminat ödenmez.

-Tehlikeli hastalık riskinin gerçekleşmesi halinde, riziko priminin ödenmemiş bulunan kısmı tazminattan düşülür,

-Sigortalının tehlikeli hastalık riski gerçekleşmeden önce vefat etmesi halinde, teminat otomatikman sona erer ve kalan sigorta müddeti için prim iadesi yapılmaz.

-Sigortalının, poliçe başlangıç tarihinden itibaren ilk 90 gün içinde vefat etmesi halinde tehlikeli hastalıklar teminatı, tazminat ödenmeksizin sona erer ve kalan sigorta müddeti için prim iadesi yapılmaz.

-Sigortalının, tehlikeli hastalıklardan herhangi birinin teşhis veya ameliyat takip eden 30 gün içinde vefat etmesi halinde, tehlikeli hastalık tazminatı ödenmeksizin teminat sona erer ve kalan sigorta müddeti için prim iadesi yapılmaz.

YURT DIŞINDAKİ TEŞHİS VE AMELİYATLAR

T.C. Hudutları dahilinde ikamet edenlerin, acil hallerde yurt dışındaki teşhis ve ameliyatlarında işbu teminatın tazminatı aşağıdaki şartlarda ödenir.

a. Tehlikeli hastalıklar teminatı kapsamına giren hastalıkların teşhisinin veya ameliyatının yurt dışında yapılması halinde işbu teminatının özel şartları ve Hastalık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde, tazminat tutarı yurt içinde, ödeme tarihindeki T.C. Merkez Bankası efektif satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak ödenir.

b. Yurt dışındaki tedavilerde sigortalı, tedavi tarihinde yurt dışında ve tedavinin yapıldığı ülkede bulunduğunu belgelemek kaydıyla bu teminatlardan yararlanabilir.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Yatarak tetkik/tedavi giderleri ile tüm fizik tedavi giderleri, endoskopik işlemler rahatsızlığın ani veya kaza sonucu ortaya çıkmasına bakılmaksızın, sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile kapsam dışındadır.

1. Her türlü kanser,
2. Kalp ve koroner hastalıklar, (hipertansiyon, diyabet, KOAH, vb.),
3. Kronik böbrek hastalıkları ve diyaliz, üriner sistemle ilgili taş hastalıkları, prostat hastalıkları, varikosel,
4. Her türlü vertebral disk hastalığı (intervertebral disk fıtığı, servikal disk fıtığı, vb.), Eklem ve bağ dokusu hastalıkları (menisküs, kondromalazi, bağ dokusu yırtılması, vb.), Omuz eklem hastalıkları, spinal cerrahi ve artroskopik cerrahi uygulamaları,
5. Her türlü iç organ herniasyonu (kasık fıtığı, göbek fıtığı, gastrosel vb.),
6. Rahim ve yumurtalıklar hastalıkları, myom, meme hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolaps uteri (uterus prolapsusu), varikozite (özofagus variklikleri dahil), hidrosel, spermatosel, her türlü varis hastalığı
7. Organ yetmezliği, organ nakli,
8. Göz hastalıkları (katarakt, glokom, vb.),
9. Tiroid hastalıkları, tonsillit, adenoid, sinüzit, orta kulak ameliyatı,

10. Mide, beslenme kanalı, bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn vb.), anorektal hastalıklar, pilonidal sinüs,
11. Karaciğer hastalıkları, safra kesesi hastalıkları.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

AŞağıda belirtilen durumlar, tedaviler ve giderler, Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 2. ve 3. Maddesine ek olarak sigorta teminatı dışında tutulmuŐtur. Sigortacı bunlardan dolayı yükümlölük altına giremez.

1. Beyan edilmiş dahi olsa, sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan Őikâyet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık giderleri, bunlara bağlı nüks ve komplikasyonları,
2. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı (iŐten ayrılma, prim ödenmemesi vb.) durumlarda meydana gelen sağlık giderleri,
3. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karŐılanma usulleri dışında kalan, anlaşmalı kurumlarla yapılan protokol kapsamında kullanılan malzemeler dışında SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
4. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri ile 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlölü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları (evlilik, iŐe başlama, spora başlama vb) için oluşacak sağlık giderleri,
5. Anlaşmasız Ambulans ücretleri (Őehir içi ve Őehir dışı dahil)
6. Her türlü diş tedavisi, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
7. Gözlük cam, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları giderleri ile gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile ŐaŐılık, görme tembelliği ve bunlarla ilgili giderler,
8. Ayakta tedavi teminatındaki her türlü ilaç masrafları, aşı giderleri, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, yardımcı malzemeler, kiŐiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliğinden ibaret tıbbi malzemeler ile yanık ve yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler, enjektör, itriyat, hidrofil, pamuk, alkol ve kolonyalar, termofor, cilt sabunları, diş macunları vb. malzeme masrafları, yurtdıŐında gerçekteŐen ve getirtilecek olan ilaç masrafları ile her türlü sağlık gideri, iŐitme cihazı, Şeker stripleri ve Şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb .
9. Gündelik iş görememe, yol, gündelik bakım, rehabilitasyon, check up, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları vb. özel harcamalar,
10. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi tüp bebek, kısırlık tanı ve tedavisi, yardımcı üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermioqram, adhezyolizis, suni dölleme, tüp bebek, düşük araŐtırması, embriyo redüksiyonu vb.) kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgilitetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet deđiŐtirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri, tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimosiz dahil)

11. Dünya Sağlık Örgütü veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklara (kolera, sıtma, kuş gribi, domuz gribi vb.) ait sağlık giderleri, sil

12. 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; poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar,

13. 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,

14. 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,

15. 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,

16. 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,

17. 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.

18. Gebelikle ilgili her türlü sağlık gideri, doğum gideri ve yeni doğan bebek masrafları

19. Sebebi ne olursa olsun her türlü bariatrik cerrahi yöntemleri (gastrik by-pass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, jejunum-ileostomi, barsak kısaltılması vb)

20. Omurga şekil bozuklukları ile ilgili giderler (kifos, skolyoz vb.), ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her türlü yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, konka, nasal valv cerrahisi vb.)

21. Tanısı ileri yaşta ve poliçe döneminde kansa bile doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar)

22. Bir poliçe döneminde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri ve suni uzuv için poliçede belirtilen limiti aşan giderler,

23. Anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen ayakta tedavi giderleri (doktor muayene, tetkik, fizik tedavi vb),

24. Obesite ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri, diyetisyen ile ilgili tüm giderler,

25. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS), genital kondilom, genital siğil ,genital herpes ,sifiliz, gonore,,trikomonişis ile ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,

26. Profesyonel (Lisanslı), amatör veya hobi amaçlı yapılan tehlikeli/tehlikesiz tüm spor faaliyetleri ve/veya tüm yarışlar ile bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetler (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçma, ata binme, kayak yapma, su sporları, dalgıçlık, ulaşım amaçlı olsa dahi atv kullanma vb) nedeniyle gerçekleşen sağlık tedavi giderleri,
27. Sağlık hizmeti ile ilgili olmayan (telefon, ulaşım, konaklama vb.) her türlü giderler,
28. Uyku apnesi ve horlama ile ilgili her türlü giderler,
29. Ses ve konuşma terapileri,
30. Koruyucu hekimlik hizmetleri, belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmadan veya tarama amaçlı yapılan tüm işlem giderleri (check-up, aşılama kontrol testleri, kanser markerları) Araştırma ve Deneysel Amaçlı Tanı ve Tedaviler Amerikan FDA (Food and Drug Administration) FDA kurumu tarafından onaylanmamış, deneysel aşamada olduğu kabul edilen, bilimselliği henüz kanıtlanmamış tüm tanı ve tedavi giderleri, Yatış Gerektirmeyen Hastane Hizmetleri, Ayakta tedavi katılım payı faturaları, süreli işyeri ve çalışan taramaları, doktorların talep etmiş oldukları kendi uzmanlık alanıyla ilintili olmayan tetkik ve tedavi bedelleri, bir tıp doktoru tarafından yapılmayan tetkik ve tedaviler ile ilgili tüm giderler, kontrol amaçlı yapılan EBT (Electron Beam Tomografi), VCT (Volumetric Computed Tomography) ve kalsiyum skorlama tetkik bedelleri, sanal kolonoskopi, sanal anjio ve buna benzer tarama amaçlı tetkikler, voiding sistoüretrografi, robotik cerrahi cihaz kullanım bedeli kapsam dışıdır.
31. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur ve PRP (Platelet Rich Plasma - Trombositten Zengin Plazma) gibi alternatif tıp uygulamaları ve her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,
32. Evde bakım, huzurevi, bakımevi, palyatif bakım merkezleri, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider (fizik tedavi dahil) ile sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider,
33. Anlaşma harici kurumda SGK kullanılarak gerçekleştirilen sağlık giderlerinde; Genel Sağlık Sigortası'nda ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri maddesinde belirtilen sağlık hizmetlerine ait giderler ile hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil durumlar dışındaki SGK fark ücretleri,
34. SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastanelerde gerçekleşen ve/veya SGK ile anlaşmalı olan ancak ilgili branşta anlaşması olmayan kurumda bu branşa ait gerçekleşen sağlık giderleri,
35. Multiple Skleroz (MS) , Lupus (SLE) ve Epilepsi ile ilgili tanı,tetkik ve tedavi giderleri.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Polİçe, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri (KKTC dahil) poliçe teminat kapsamında değildir.

7. UYGULAMA ESASLARI

Teminatlar poliçe üzerinde belirtilen teminat limit ve ödeme yüzdesi oranında geçerli olup Sigortacı, aşan durumlardan sorumlu değildir. Poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede tedavisinin devam ettiği durumlarda, ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren teminat kapsamı dışındadır. MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş.'nin iş bu poliçe için geçerli şirket ve anlaşmalı kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.magdeburger.com.tr adresinde yer almaktadır.

8. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş. anlaşmalı kurumlarında poliçe teminat kapsamı dahilindeki ayakta ve yatarak tedavilerde yapılacak sağlık giderlerine ait faturalar; kuruma verilecek provizyon onayı sonrasında sigortacı tarafından doğrudan kuruma ödenecek, provizyona konu evraklar ve faturalar ilgili kurum tarafından sigorta şirketine gönderilecektir.

Sigortalı'nın bulunduğu ilde anlaşmalı kurum bulunmaması nedeniyle ve/veya hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil durumlarda anlaşma harici kurumda SGK kullanarak gerçekleşen ve Genel Sağlık Sigortası'nda ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri dışındaki poliçe kapsamındaki yatarak tedavi giderleri 1 SUT ile sınırlı olmak kaydı ile sonradan ödeme kapsamındadır. Sonradan ödeme kapsamına giren sağlık giderlerinin geri ödemesi; değerlendirme yapılabilmesi için gereken tüm belge ve bilgilerin eksiksiz iletilmesini takiben sigortalı/sigorta ettirenin yazılı olarak iletileceği banka hesabına (iban) havale yapılır.

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş. ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanılabilmesi için sigortalı, MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş. ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür. (Hakların Devri İlkesi)

9. RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME

Sigorta Şirketi, yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı, SAGMER' e iş bu sigorta poliçesindeki sigortalılara ait poliçe ve sağlık bilgilerini ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi, iş bu sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında şirketçe alınmış her türlü bilginin (hasar, teminat detayları, sağlık bilgileri, kişisel bilgiler v.b.) talep edilmesi durumunda resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmiş sayılmaktadır.

10. SİGORTANIN YENİLENMESİ, KAZANILMIŞ HAKLAR VE YENİLEME GARANTİSİ

Sigortalı, vadesi dolan sağlık sigortası poliçesi 30 gün içinde yenilenmelidir. Poliçe yenilemesinin 30 günü geçmesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalanacak bir müşteri olarak kabul edilir. Yenilemede risk analizi değerlendirme sonucu katılım payı, muafiyet, üst limit, medikal ek prim, kullanım ek primi uygulanabilir.

Sigortacının poliçe yenileme döneminde, sigortalıya Hasar/Prim oranına göre ek prim uygulama, hasar prim oranına ve/veya Risk Kabul Kriterleri'ne göre poliçeyi yenilememe hakkı saklıdır.

Sigortalının MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş. 'de, kesintisiz olarak 3 yıl aynı planda sigortalılık süresini doldurmuş, ilk kez 55 yaşından önce poliçe kapsamına alınmış ve son 3 yıllık Hasar/Prim oranı maksimum %70 olan sigortalılar risk analizi değerlendirmesine tabi tutulur, yapılan değerlendirme sonucu sağlık durumu uygun bulunan sigortalılar MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş. 'ce belirlenecek şartlar dahilinde şartlı ya da şartsız olarak "Yenileme Garantisi" hakkı kazanırlar. Değerlendirme için sigortalılardan tetkik sonucu, medikal rapor vb. belge ve bilgi talep edilebilir. Bu değerlendirme her sigortalı için ayrı ayrı yapılır.

" Yenileme Garantisi " hakkı kazanan sigortalıların mevcut üründe devam etmesi durumunda tekrar risk analizi değerlendirmesi (kapsam dışı, üst limit, medikal ek prim ve katılım payı v.b.) yapılmaz. Ancak sigortalının "Yenileme Garantisi" hakkı kazandıktan sonra farklı bir ürün/plana geçmek istemesi durumunda MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş.'ce yeniden risk analizi yapılır ve şirketçe uygun bulunması durumunda söz konusu ürüne geçiş yapılabilir.

Farklı şirketten bu ürüne yapılacak geçişlerde yenileme garantisi olsun olmasın risk analizi yapılacak, yapılan değerlendirme sonucunda kapsam dışı, üst limit, katılım payı, ek prim v.b. uygulamalar söz konusu olabilecektir. Geçiş talebi diğer sigorta şirketindeki poliçesinin bitiş tarihinden en geç 30 gün içinde yapılmalıdır.

"Yenileme Garantisi" hakkı kazanan sigortalının son kullandığı ürün poliçe yenileme döneminde ilgili şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise mevcut poliçe teminatlarına ve anlaşmalı kurum ağına en uygun şirketin muadil bir ürün ile poliçe yenilemesi yapılır. Böyle bir durumda sigortalının mevcut "Yenileme Garantisi" hakkı saklı tutulacaktır.

Yenileme Garantisi verilmiş sigortalıların poliçeleri 70 yaşına kadar devam edecektir

11. PRİMİN TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş. ürün primlerini kişi bazında, yaş, cinsiyet, ikamet adresi, sigorta süresi, geçmiş dönem kullanım oranı (sağlık gideri/prim oranı), teminat yapısı, teminat limiti ve sağlık giderlerinin kullanılacağı il ile SUT fiyatları, ülkedeki sağlık enflasyonu, komisyon, genel giderler gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Primler gerekli görüldüğü anlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir. Sağlık tarife primindeki artış, sağlık enflasyonunun altında olmamak kaydı ile aynı kategorisindeki bir önceki yılın tarife priminin en fazla 3 (üç) katıyla sınırlıdır.

Sigorta ettirenin poliçe primini peşin veya taksitler halinde ödeyebilir. Hangi vade ve tutarlarda ödeyeceği poliçe üzerinde belirtilir ve sigortalı bu ödeme planı doğrultusunda prim ödemelerini yapar.

Sigortacı yenileme dönemleri itibariyle, indirim ve/veya ek prim oranlarında, kriterlerinde makul ölçüde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

Yenileme döneminde H/P oranı %100 ü aşan poliçeler için uygulanacak ek prim maksimum 3 (üç) katı ile sınırlıdır. Sigortalıya sağlık tarife primine uygulanabilecek olan hastalık ek prim oranı en çok %200 ile sınırlıdır.

Poliçe sonunda poliçe kapsamındaki sigortalılara o yıl içinde ödenen tazminat/prim oranının aşağıdaki belirtilen oranlarda olması ve sigorta sözleşmesinin kesintisiz olarak yenilenmesi halinde hasarsızlık indirimi ve kullanım ek primi yeni sözleşme primlerine uygulanacaktır. Ancak 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.

Yatarak ve Ayakta Tedavi teminatlarını içeren planlarda Hasarsızlık İndirimi;

Tazminat/Prim İndirim oranı

%0-25 %10

%26-50 %5

%51 üzeri %0

Kullanım Ek primi; Tazminat/Prim Ek prim oranı

%101- %150 %15

%151- %200 %20

%201-%300 %30

%301 ve üstü %50

12. SİGORTAYA KABUL VE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Bu sigorta SGK tarafından kapsama alınan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için geçerli olacaktır. Sigorta giriş yaşı hesabı; poliçe başlangıç tarihindeki yıldan, sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur.

Yeni doğan bebekler doğum tarihi itibarıyla 15.gün risk analizi değerlendirilmesi yapılarak sigorta ettirenin 18 yaşından büyük olması durumunda sigortalıdır. 0-6 yaş çocuklar tek başına sigortalanamaz. Aynı poliçe kapsamında aile olarak sadece anne, baba ve/veya bekar çocuklar yer alabilir.

Bu sigorta, 15 günü tamamlamış sağlıklı bebekler ve 60 yaşından gün almamış küçük kişileri teminat altına alır. MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş. Tamamlayıcı Sağlık Talep edilmesi durumunda, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş çocukları SGK kabul kriterleri baz alınarak sigorta teminatına dâhil edilebilirler.

Sigorta kapsamına kabulde, MAGDEBURGER SİGORTA A.Ş. 'nin risk analizi değerlendirme sonucuna göre kişiyi sigortaya kabul edip etmeme hakkı saklıdır. Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen birey ilavesi taleplerinde, poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak sigortacının hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır.

Şirketimizde ilk sigortalılık tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri kapsam dışındadır. Sigortalılık süresi içinde tespit edilen fakat poliçe başlangıç tarihinden önce mevcut olduğu tespit edilen hastalıklar için istisna ve/veya ek prim uygulanabilir.

13. PRİMİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN/SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL

Sigorta ettiren, sigorta primini peşin veya taksitle ödeme kararlaştırdıktan sonra; peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer.

Aynı şekilde sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ödeme planındaki prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde poliçe temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi hâlinde Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır. Sigortalının/sigorta ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigorta ettirene iade edilir. İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

İptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, sigortacının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır.

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.

- Sigortalıya 3denen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin 3dediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.

Rizikonun gerçekleşmesiyle, hen3z vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigortacının 3demekle y3k3ml3 olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel h3le gelir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen birey çıkışı (eř, ocuk) taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara g3re işlem yapılır.

Sigorta ettirenin vefatı durumunda poliçe h3k3ms3z kalır. Sigorta ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olması ve sigortalıların sigorta ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortac' ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda sigorta ettiren değiştirilerek poliçeye devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Sigorta Ettirenin sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir poliçede, Sigorta ettirenin vefatı durumunda poliçe h3k3ms3z kalır. Sigorta ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu poliçelerde, sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibariyle çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki Sigorta Ettirene yapılır.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin veya sigortalıların birbirlerinin teminatlarından yararlandırılması, sağlık gideri belgelerinin gerçeğe aykırı şekilde d3zenlenmesi, sigortalının yarar sağlamak adına k3t3 niyetli kullanımlarının tespit edilmesi durumunda, Sigorta şirketi sigorta bilgi merkezine bildirmek dişında, tazminat 3demelerini geri alma ile prim iadesiz olarak poliçeyi fesh etme hakkına sahiptir.