

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Sayın Sigortalımız, Şirketimizi tercih ettiğiniz için teşekkür ederiz.

Sağlık Sigortası poliçeniz ile ilgili olarak ayrıntılı bilgiler aşağıda sunulmuştur. Ancak herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda, öncelikle Sigortacınız olarak bizleri arayarak poliçenizin teminatları ve Anlaşmalı sağlık kuruluşlarımızla ilgili bilgi alabileceğinizi, güncel listemize www.aveonglobalsigorta.com adresinden her an ulaşabileceğinizi hatırlatır, sağlıklı günler dileriz

İş bu özel şartlar 01/05/2022 tarihi itibarıyla tanzim edilmiş Tamamlayıcı Sağlık Sigorta poliçesi bulunan Sigortalılarımız için geçerlidir.

MADDE 1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI

İş bu poliçe; Aveon Global Sigorta A.Ş.(Bundan sonra Sigortacı olarak anılacaktır), Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şartları çerçevesinde sigortalının, belirtisinin/bulgusunun ve/veya teşhisinin/ tedavisinin sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarına ait muayene, tetkik, tedavi vb. tedavi giderlerini, poliçe teminat kapsamı/limitleri dahilinde ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) geri ödeme kurallarına uygun olarak, Anlaşmalı Kurum ile Sigortacı arasında yapılan anlaşmaya göre, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)fiyatları üzerinde kalan fark tutarlarının ödenmesini kapsar.

SGK'dan provizyon alınmamış sağlık harcamalarına ait giderler bu poliçe kapsamı dışındadır. Poliçe kapsamında ödeme yapılabilmesi için, sigortalının muayene, tetkik ve tedavilerinin, poliçenin geçerli olduğu tarihler arasında gerçekleştirilmiş olması gerekmektedir.

İş bu poliçe,sadece SGK tarafından karşılanacak olan tedavi masrafları için, sigortalının yasal çerçeve içerisinde ödemesi gereken fark tutarı karşıladığından SGK müstehaklığını kaybeden sigortalılar teminatlarından faydalanamaz. Ancak aksi bir talep olmadıkça poliçelerini devam ettirebilirler.SGK müstehaklığının yeniden başlamasıyla beraber Sigortalı poliçe teminatlarını kullanabilir duruma geçecektir.

Sigortacı, sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde, poliçe/ zeyilnamede belirtilen sigortalı/sigortalıların mutlaka SGK tarafından kapsama alınmış, Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olması ve aile fertlerinin her birinin ayrı poliçeye sahip olması gerekmektedir. SGK ile anlaşmalı olduğu halde, Sigortacı ile tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında anlaşması bulunmayan sağlık kuruluşlarında yapılacak tedavi giderleri ile Genel Sağlık Sigortası (GSS) hak sahibi olmayan kişilerin tedavi giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

İş bu poliçe, Sigortacının Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için anlaşmalı olduğu ve aynı zamanda SGK ile de anlaşması bulunan kurum/ doktor'larda geçerli olacaktır.

Sigorta poliçe süresi 1 yıldır. Başlangıç tarihinde Türkiye saati ile öğlen 12:00 de başlar ve bitiş tarihinde öğlen 12:00 sona erer.

MADDE 2- TANIMLAMALAR

Sigorta Poliçesi kapsamında kullanılan tanımlamalara ilişkin açıklamalar ektedir.

Acil Durum: Sözleşme kapsamı dışında olmayan, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanmış olan ve "Acil Durum" olarak değerlendirilen Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden 12 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren, ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatının ve / veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır.

Adli Kaza: Poliçe geçerlilik süresinde Sigortalı'nın bedensel yaralanmasıyla sonuçlanan ve adli makamlarca takip ve tahkikat yapılması gereken ve/veya yapılmış olan, beklenmedik ani olaydır. Tahkikatı yapan kurumlarca belgelendirilir.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu: Sigortacının iş bu poliçe ve Özel Sağlık Sigortası ürünü için sözleşme yapmış olduğu (Anlaşmalı Kuruluş listesinde yer alan sağlık bakanlığı ruhsatlı Kurum/ Kuruluşunu (hastane, klinik, laboratuvar, teşhis ve tedavi merkezi, eczane ve doktorlar) ifade eder. Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı ("Anlaşmalı Network") ise; Sigorta ettiren/Sigortalılar tarafından tercih edilen ve sigortacının Özel Sağlık Sigortası ürünlerine göre sözleşme yapmış olduğu anlaşmalı sağlık kurumlarıdır. Güncel Anlaşmalı Network bilgileri Sigortacı' ya ait web sayfasında(www.aveonglobalsigorta.com) belirtilmektedir.

Anlaşmasız Sağlık Kurumu: Sigorta Şirketi ile sözleşmesi olmayan Anlaşmalı Networkleri dışında kalan hastane, klinik, laboratuvar, teşhis ve tedavi merkezi, eczane ve doktorlardır. Anlaşmalı bir hastanede çalışan ancak Sigortacı ile özel anlaşması olmayan, kendi hizmet bedeli üzerinden fatura kesen Doktorlara ait faturalar, anlaşmasız kurum faturası olarak işleme alınır.

Başlangıç Tarihi: Sigortalının, kesintisiz devam eden Sağlık sigortası poliçelerine ilk giriş tarihi veya varsa müteakip her poliçe yinelenmesinde yürürlüğe girdiği tarihtir. (Türkiye saati ile öğlen saati) 12:00 gün, ay ve yıl.

Bekleme Süresi: Sigortalı' nın Kayıt Tarihi ile başlayan, Poliçe' nin bekleme süreli rahatsızlıklar kısmında belirtilen ve varsa Sigortacı' nın Sigortalı adayının sağlık durumuna göre uyguladığı, belirli tıbbi durumların teminat kapsamında olmadığı süre.

Bireysel Poliçe: Sigorta ettirenin gerçek kişi olduğu ve tek başına veya anne, baba, evlenmemiş çocuklar (evlat edinilen çocuklar dahil) oluşan çekirdek ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigorta sözleşmesidir.

Bitiş Tarihi: İş bu Poliçe' nin 1 yıllık süresinin bittiği gün/ ay yıl ve Türkiye saati ile öğlen saat 12:00 dir. İş bu tarihten sonra yapılacak tüm harcamalar nedenine bakılmaksızın teminat dışı tutulmuştur. Ancak hastanede yatarak tedavi görmekte olan ve poliçe yenilemesinin 30 gün içinde yapılmadığı durumlarda, Sigortalı'nın poliçe bitiş tarihinden itibaren hastaneden hiç çıkmamış olması şartıyla 10 günlük tedavi giderleri poliçe limiti kapsamında sigorta şirketince karşılanır.

Çıkarma Tarihi: Sigorta Ettiren 'in yazılı talebi sonucunda iş bu sözleşmede Sigortalı olarak bulunan kişi veya kişilerin poliçe teminat kapsamından çıkarıldığı veya Sigortalının Sigortalanacak Kişiler tanımında belirtilen duruma uygun olmaması halinde Sigortacı tarafından poliçe teminat kapsamından çıkarıldığı gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay

ve yıl. Sigortalının cayma ve fesih nedeniyle çıkarılması halinde Genel Şartlar madde 8'de belirtilen hususlar ve süreler uygulanır.

Doktor: T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş, Sağlık hizmetinin verildiği Coğrafi Bölge'de geçerli olan yasalar çerçevesinde resmi olarak tıp doktoru unvanı ve belgesi verilmiş olan kişi.

Genel Şartlar (Sağlık Sigortası Genel Şartları) : T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan ve uyulması zorunlu yazılı kurallardır.

Genel Sağlık Sigortası (GSS): 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98. maddesine dayanılarak hazırlanan ve bu kanunun 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

Gereksiz Tedavi İşlemleri: Sigortalının Hastane 'ye yatırılmadan yürütülebileceği tarafsız bir Doktor tarafından da kabul edilen tedaviler, incelemeler ve işlemlerin Hastane 'de yatarak yaptırılmasıdır.

Kurumsal (Grup) Poliçe: Sigorta ettirenin tüzel kişilik olduğu, çalışanların ve çalışanların çekirdek ailelerinin bir arada (personel, eş, çocuk (evlat edinilen çocuklar dahil) kapsama alındığı sağlık sigorta sözleşmesidir.

Hastalık: Sigortalının, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir doktor tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi ve/veya müdahale gerektirmesi durumudur.

Hastalık Ek Primi: Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, sigortalının değerlendirmesi sonucunda, Tarife Primine belli bir oranda ek prim uygulanarak, poliçe kapsamına alınmasıdır.

İptal Tarihi: Genel Şartlar 'da belirtilen hususlardan dolayı cayma /fesih veya Sigorta ettirenin yazılı talep etmesi durumunda iş bu poliçenin iptal edildiği gün. (Türkiye saati ile saat00:01), ay ve yıl.

Katılım Payı: Teminat tablosunda belirtilen ve Sigorta Ettiren/Sigortalı' nın sigorta sözleşmesine uygun olarak kabul edilebilir tazminatları için ödeyeceği tutardır.

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

Konjenital Hastalık: İleri yaşlarda ortaya çıksa dahi Doğumdan itibaren var olan bedensel ve/veya metabolik kusurlar ve/veya bozukluklar.

Kronik Hastalık: Aniden gelişmeyen, zaman zaman tekrarlayan veya sürekli bir sağlık sorununa neden olan hastalık.

Küçük Müdahale Teminatı: TTB ve HUV'un yayınladığı Asgari Ücret Tarifesinde 149 birime kadar olan müşahedeleri ve küçük müdahaleleri kapsar.

Mevcut Beyan edilmemiş Hastalık/ Rahatsızlık: Belirtisinin/bulgusunun, şikâyet ve/veya yakınmalarının henüz kesinleşmemiş dahi olsa tanı/ teşhis/tedavisinin başlangıcı İş bu Poliçe

için yapılan başvuru sırasında veya öncesinde var olan, Sigorta Ettiren/Sigortalı tarafından bilinen ancak Sigortacı 'ya bilgisi verilmemiş/beyan edilmemiş hastalık/rahatsızlıklar ve/ veya bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlardır.

Mevcut Hastalık/ Rahatsızlık: Belirtisinin/bulgusunun, şikâyet ve/veya yakınmalarının henüz kesinleşmemiş dahi olsa tanı/ teşhis/tedavisinin başlangıcı gelişim süreci açısından; poliçe için yapılan başvuru sırasında/öncesinde veya poliçe başlangıç tarihinden önce var olan hastalık/ rahatsızlıklar ve/ veya bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlardır.

Ödeme Yüzdesi: Poliçede her bir teminat için belirtilen ve Sigortacının sigorta sözleşmesine uygun olarak kabul edilebilir tazminatları için ödemekle sorumlu olduğu orandır.

Özel Şartlar: Poliçenin ayrılmaz parçası olarak Sigortacı tarafından düzenlenen, Sağlık Sigortası Genel Şartlarına aykırı olmamak kaydıyla ürüne özel teminatlar, kurallar ve şartları içeren yazılı kurallardır.

Pandemi Hastanesi: Sağlık Bakanlığının 14500235-403.99 sayılı yazısında belirlendiği üzere, bünyesinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları ve iç hastalıkları uzmanlık alanlarından en az ikisinin bulunduğu ve 3. Seviye erişkin yoğun bakım yatağı bulunan hastaneler Pandemi Hastanesi olarak kabul edilir. Pandemi Hastanesi: Covid-19 tanısı almış (test pozitif) vakaların tedavi sürecinin yapıldığı hastane olarak tanımlanır.

Poliçe: Aveon Global Sigorta A.Ş. tarafından düzenlenen imzalanarak sigortalı/sigorta ettirene verilen, sigortalı ve sigortacının sigorta sözleşmesinden doğan hak ve borçlarını gösteren Sağlık sigorta sözleşmesini belgeleyen evraktır.

Poliçe Prim: Tarife primi üzerinden her bir sigortalı için poliçe özel şartlarına istinaden varsa, hak edilen hasar/ prim oranına bağlı indirim/ ek prim, hastalık indirim/ ek prim, kampanya ve/veya bölge indirimleri, vergiler vb. kriterler uygulanarak ulaşılan ve Sigorta Ettiren' in poliçesinde yer alan tüm sigortalılar için ödemekle yükümlü olduğu toplam bedelidir.

Risk Kabul: Sigorta Ettiren veya sigortalının beyanlarını ve/veya sağlık bilgilerini, kullandıklarını değerlendirerek, hangi şart ve koşullarda sigorta sözleşmesinin kurulup, kurulmayacağına, yenilenip yenilenemeyeceğine karar verilmesi, Sigortalının kabul şartları ve/ veya gerektiğinde hangi Riziko ek primiyle kabul edileceğine Sigortacı tarafından karar verilmesidir.

Riziko Ek Primi: Poliçe 'de belirtilen ve sadece ilgili sigortalı için uygulanacak olan kişinin sağlık durumuna ilişkin Sigortacının yaptığı risk analizine göre karar verdiği ilave prim uygulamasıdır. Uygulanan ek primler İlgili sigortalı sertifikasında sebebi ve oranı ile beraber belirtilir.

Sağlık Hizmet Tarifesi: Sigortacının sağlık hizmeti veren kurumlarla yaptığı sözleşmelerde tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veri tabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) vb) referans tarifedir.

Sağlık Hizmet Tarifesi: Sağlık hizmeti veren kurumlarda, tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veri tabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) vb)

Sağlık Kurumu: T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel işletmeler veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, doktor muayenehaneleri gibi kurumlardır.

Sağlık Uygulama Tebliği (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.

Sigorta Ettiren: Sigorta Şirketine başvuru yaparak sözleşmeyi kuran, prim ödeme dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri kendisi ve sigortalanacak kişiler adına bu sözleşmenin kapsamı dahilinde yerine getirme sorumluluğunu üstlenmiş gerçek veya tüzel kişidir.

Sigortalı: Sigorta Şirketine başvuru yaparak, Poliçe genel, özel şartları uyarınca başvuru formu/ sağlık beyanı doldurmuş, Sağlık giderleri Sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan ve risk gerçekleştiğinde tazminat talep hakkı bulunan poliçede ismi yazılı kişi ya da kişilerdir.

Sigortalıya Özel İstisnalar: Sigortacı'nın incelemesi sonucunda, Sigorta Poliçesinde tarafından uygulanması karara bağlanmış poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/ rahatsızlıkların) poliçe teminat kapsamı dışında tutulması ve/veya belirli bir şarta bağlı olarak kapsam dahilinde bırakılmasıdır.

Sigorta Şirketi /Sigortacı: Sigorta sözleşmesinin tanzim edildiği ülkede, ülkenin kanunları gereğince tescil edilip işletme ruhsatı almış, sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında, poliçe kapsamındaki kişilere, rizikonun gerçekleşmesi halinde tazminat ödemeyi üstlenen tüzel kişi/kurumdur. Satın almış olduğunuz poliçe için sigorta şirketi/sigortacı Aveon Global Sigorta A.Ş.'dir.

Standart İstisnalar: Sigorta Poliçesinde sigortacı tarafından uygulanması karara bağlanmış, bütün sigortalılar için geçerli olan ve özel şartlarda belirtilmiş hastalık/ rahatsızlıkların poliçe teminat kapsamı dışında kalmasıdır.

Triyaj Uygulaması: Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemi ifade eder. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

- **Kırmızı Alan:** En yüksek öncelik sırasına sahiptir. Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlardır.
- **Sarı Alan:** Zaman geçirilmeden müdahale ve muayenelerinin yapılması gereken, Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlardır.
- **Yeşil Alan** En düşük önceliğe sahiptir. genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek, muayene ve tedavileri poliklinik şartlarında da yapılabilecek kişiler bu gruba girer

Tarafsız Doktor: Objektif tıp kurallarına göre karar veren ve görüş bildiren Tıp Doktorudur.

Tarife Prim: Sigortacının portföyündeki sigortalıların hem toplam hem de iş bu sigorta sözleşmesi kapsamında yapmış olduğu hasar ödemelerini, poliçe prim tahsilatlarını, tüm şirket ve personel harcama giderlerini, yıllık sağlık enflasyonunu ve piyasa şartlarını dikkate alarak her dönem; yaş, cinsiyet, ikamet ettiği il için aktüeryal prensipler doğrultusunda belirleyeceği primi ifade eder. Prim ise Sigortalı başına ödenecek toplam bedeldir.

Tazminat: İş bu sözleşme kapsamında, sigorta süresi içinde, tıbbi gereklilik koşulunu sağlayan ve doktor tarafından yazılı olarak planlanan tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait fatura veya bunun yerine geçen sair (sayman mutemet alındısı, fiş vb.) belge asılları karşılığında Poliçe Özel şartları ve Sigorta Genel Şartları çerçevesinde Sigortacı tarafından onaylanarak Sigorta Ettiren/ Sigortalıya ödenen Sağlık harcama giderlerine ait tutarı ifade eder.

Teminat /Teminat Tablosu: Teminat; Sigortacı' nın, riskin gerçekleşmesi halinde Sigortalıya sunmayı taahhüt ettiği güvencedir. Teminat tablosu ise; İş bu sözleşme kapsamında sunulan Teminatları, teminat limitlerini ve bu teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini ile sigortalının katılım payını gösterir poliçenin ayrılmaz parçası olarak verilen belgedir.

Teminat Limiti: Poliçede her bir teminat için Sigortalı tarafından ödenmesi gereken katılım payları dahil Sigortacı tarafından ödenebilecek azami yıllık tazminat tutarıdır.

Yenileme: Sigorta Ettiren 'in mevcut olan Sigorta Poliçesinin Bitiş Tarihi'nden 30 gün önce veya Bitiş Tarihi'nden 30 gün sonra mevcut sözleşmesini yeniden ve kesintisiz devam ettirmek için Sigortacı 'ya başvurması ve Sigortacı ile yeni Poliçe koşullarında mutabık kalarak yeni sözleşmenin düzenlenmesi işlemidir.

Yenileme Tarihi: Daha önce mevcut olan Sigorta Poliçesinin Bitiş Tarihi ile aynı olan gün Türkiye saati ile öğlen saat 12:00, yeni Sigorta Poliçesinin Başlangıç Tarihidir.

Zeyilname: Poliçe yürürlüğe girdikten sonra, poliçe şartlarında yapılan her türlü değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen ve tanzim tarihi itibarıyla yürürlüğe giren sigorta sözleşmesidir.

MADDE 3- TEMİNATLAR

Yatarak Tedavi Teminatı: İş bu Sigorta Poliçesi kapsamında bulunan Sigortalının hayati tehlikeye neden olabilecek acil sağlık giderleri ile Hastane dışında tedavi edilmesi mümkün olmayan, Doktorun, tıbben gerekli bulunduğu ve provizyon talebinin sigorta şirketince onaylandığı dâhili ve/veya cerrahi yatışları ile küçük müdahale giderleri bu teminat kapsamından karşılanır.

Yatarak Tedavi teminatı, yatış tarihinden taburcu işlemi yapıncaya kadar uygulanan; Doktor, ilaç, ameliyathane, operatör, anestezi, standart tek yataklı oda ücreti, yemek, refakatçi, standart hemşirelik ücreti yoğun bakım, her türlü sarf malzeme giderleri, Kemoterapi (Hepatit C tedavisinde kullanılan "interferon ve peginterferon alpha" etken maddeli ilaçlar dahil), Radyoterapi, Diyaliz, yatış sırasında gerçekleştirilen fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, Koroner anjiyografi, Ameliyat sırasında zorunlu kullanılan protezler(kalp kapağı, kalp pili, kalça protezleri vb), hastalık ve/veya kaza sonucu oluşan uzuv kayıplarında, uzvun yerine kullanılan protezler, böbrek taşı kırma(ESWL), böbrek, beyin, kemik iliği ve karaciğer biyopsileri, dış gebelik, molhidatiform, fototerapi, Sigortalının tedavisi sırasında vefatı durumunda morg masrafları ile Trafik kazası sonucu oluşan dış/çene cerrahisi resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edilmesi şartı ile yine bu teminat kapsamında değerlendirilir. Kemoterapi/ Radyoterapi/ Diyaliz takibine ilişkin yapılan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve tanı yöntemleri ile ilgili sağlık giderleri, Ayakta Tedavi Teminatı kapsamından karşılanır.

Acil durumlar dışında, planlı yatış ve/veya ameliyat gerektiren durumlarda; ilgili kurum operasyonu yapacak doktor tarafından doldurulmuş epikriz/ bilgi formu" nu en az 48 saat öncesinde Sigortacı' ya ileterek provizyon onayı almak durumundadır. Sigorta şirketi bu süre içinde talebe ilişkin gerekli incelemeyi yaptıktan sonra söz konusu yatış işlemlerinin başlatılmasına dair provizyon ön onay/ Red kararını yazılı olarak ilgili kuruma bildirecektir. Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında gerçekleştirilecek tedaviler için alınmış provizyon onayları şarttır. 7(yedi) gün içinde işlemi yapılmayan ve yeniden provizyon onayı alınmayan işlemler için Sigortacının Reddetme hakkı saklıdır. Sigorta süresi içinde, hastane tedavileri devam ederken poliçenin sona ermesi ve yenilenmemiş olması durumunda, poliçe bitiş tarihini takip eden 10 günlük tedavi giderleri Sigortacı tarafından ödenir.

İş bu poliçede, aksi belirtilmedikçe yoğun bakım yatış süresi 90 gün, toplam yatış süresi 180 gün, Sigortalının sağlık sigortasına sahip olduğu ilk tarihten itibaren ömür boyu hastanede yatış süresi 720 gün ile sınırlıdır.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan' a giren vakalara ait giderler yatarak tedavi kapsamında değerlendirilir.

Ayakta Tedavi Teminatı: Bu Poliçenin kapsamı dahilinde, teşhis ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, Sağlık Kurumları'nda gerçekleştirilen doktor muayene, ilaç, görüntüleme, laboratuvar hizmetleri, tanı ve ileri tanı amaçlı incelemeler ile seanslı tedavi giderleri bu teminat kapsamında karşılanır.

Ayakta Tedavi Teminatları tek başına verilemez, ancak Yatarak Tedavi Teminatı ile alınabilir. Poliçe dönemi içerisinde teminat tablosunda belirtilen kullanım adeti ile sınırlıdır.

MADDE 4- STANDART BEKLEME SÜRELERİ

Sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalık/ rahatsızlıklara ait yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler, Endoskopik işlemler ile ayakta ve/veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler **3 aylık bekleme süresi** boyunca teminat kapsamı dışındadır.

Doğum teminatı, ek prim ödenerek poliçe kapsamı altına alınır ve sadece poliçelerinde doğum teminatı olan sigortalılar için geçerlidir. Doğum teminatı bulunan poliçelerde gebelik ile ilgili giderler 12 ay boyunca teminat kapsamı dışındadır. Doğum teminatı kapsamındaki giderlerin karşılanabilmesi için sigortalının 2. yıl poliçe yenilemesini yaptırması gerekmektedir. Doğumla ilgili rutin kontroller yıllık Ayakta Tedavi sayısından düşülecektir.

Poliçesi sadece yatarak tedavi olan sigortalıların doğum ile ilgili rutin kontrolleri poliçe kapsamı dışındadır. Doğum teminatı kapsamına giren tüm giderler, 1 yıllık poliçe döneminde sadece 1 kere ödenir. İsteğe bağlı kürtaaj poliçe kapsamı dışındadır. Önceki gebelik döneminde yapılan bir düşüğün nedeninin araştırılmasına yönelik giderler poliçe kapsamında değildir.

MADDE 5- TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER/ İSTİSNALAR

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2'de belirtilen Teminat Dışı hallere ek olarak aşağıda belirtilen durumlar iş bu Poliçe' nin tüm Teminatları için kapsam dışı tutulmuştur.

1. Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikâyet ve/veya hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüksetmesi ve /veya bunlara bağlı komplikasyonlar,
2. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı dönemde oluşan sağlık giderleri, 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,
3. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
4. Acil durumlar da dâhil olmak üzere Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının geçerli olduğu Anlaşmalı Kurum ve /veya Kurumlar dışında yapılacak tedavilere ilişkin sağlık giderleri
5. Poliçe üzerinde yazılı kullanım adedini ve / veya teminat limitini aşan ayakta tedavi giderleri
6. Ayakta tedavi teminatındaki her türlü ilaç, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri; yardımcı tıbbi malzemeler, koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, boyunluk, tekerlekli sandalye, korsel; ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi; her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderlerdir enjektör, itriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları; işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.
7. Poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurum ve / veya Kurumlar dışında yapılan muayene sonrası oluşabilecek tetkik ve / veya tedaviler (Poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurum ve / veya Kurumlarda yapılsa dahi)
8. Her türlü diş tedavisi, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik işlemler/ veya diş hekimleri tarafından yapılan tüm işlemler
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 ,
10. Yurt dışında yapılacak tüm tedavi ve ilaçlar, yurtdışından getirilecek olan tüm ilaçlar
11. Anlaşmasız şehir içi ve dışı her türlü ambulans ücretleri, yol, gündelik, 2.refakatçi ücretleri, suit oda farkları ve özel harcamalar
12. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi tüp bebek, yardımcı üreme yöntemi tedavileri
13. Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri
14. Ek teminat olarak alınmadı ise gebelik ile ilgili yapılacak tüm masraflar ve doğum giderleri
15. Ülkemizde ve/veya diğer ülkelerde ortaya çıkan, resmen ilan edilsin veya edilmesin, bölgesel (endemik), ülke genelinde (epidemi) veya ülkelerarası (pandemi) ortaya çıkan salgın hastalıkların tanı, ayırıcı tanı/tedavi/kontrol/komplikasyon ve koruyucu sağlık hizmetleri (aşılama ve buna bağlı komplikasyon dahil); karantina kapsamına giren hastalıklar ve durumlar; biyolojik savaşa konu olan hastalıklar; DSÖ tarafından alarm verilen hastalıklarla ilgili her türlü teşhis tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri (Pandemi Hastanesi nde Covid-19 tanısı almış (test pozitif) kişilerde, covid 19 ile ilgili muayene ve tetkik giderleri (PCR, antikör testleri, ve kart testi hariç) ile hastanede yatışı gerektiren giderler poliçe teminat limitleri ve iştirak oranları dâhilinde değerlendirilecektir)
16. Tehlikeli sporların (her türlü amatör havacılık, delta kanat, planör, paraşüt, parasailing, yamaç paraşütü, bungee jumping, dağcılık, binicilik, su altı sporları, tüplü dalış, go-card, dövüş sporları, rafting, kayak,kayak,snowboarda, buz pateni, vücut geliştirme vb.) yapılması sırasında oluşabilecek tüm sağlık giderleri. Elektrikli scooter vb.araç kazaları, Motosiklet kullanımı/kazaları sonucu oluşabilecek giderler (Yolcu olma durumu dahil). Lisanslı veya lisanssız yapılmasına bakılmaksızın tüm otomobil ve motorsiklet v.b gibi pist yarışları dahil olmak üzere her türlü lisanslı spor müsabakası ve/veya antrenmanı sırasında oluşan sporculara ait sağlık masrafları ile ehliyetsiz her türlü araç kullanımı sonucu oluşabilecek kazalara ilişkin sağlık giderleri

17. Her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejunioileostomi, barsak kısaltılması vb.), obezite, metabolik sendrom ile ilgili tüm tetkik, tedavi ve komplikasyon gideri,
18. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişim, plastik cerrahi (poliçe döneminde oluşan kazaya bağlı durumlar hariç); burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme, telengiektazi, cilt hemangiomları, vitiligo, keloid, skar, ksantelasma, skin tags, yüzeysel varis tedavileri 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, yürüme analizi ile saç dökülmesine ilişkin tüm giderler,
19. Uyku bozuklukları (uyku apnesi dahil) ve horlama ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler ile uyku apnesi cihazları (CPAP ve uyku odası, kalibrasyon giderleri ile polisonografi, uyku eeg si,vb dahil),
20. Yaşlılıktan ileri gelen hastalıklar, geriatrik hastalıklar, demans hastalıkları, bunama ile ilgili rahatsızlıklar, Alzheimer, uzun süreli bakım sağlayan sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, rehabilitasyon merkezlerindeki hizmet ve tedavi giderleri,
21. Omurga şekil bozuklukları tedavisi, skolyoz, kifoz, lordoz ile ilgili giderler, ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, konka hastalıkları, konka hipertrofisi Konka Bulloza, SMR, septoplasti, nazal valv cerrahisi) ile ameliyat ve girişimler,
22. Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar,doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar (Çölyak hastalığı dahil), tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,
23. 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,
24. 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,
25. 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,
26. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar,
27. 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,
28. İnfertilite ile ilgili tüm işlemler (tüp bebek, spermiogram, follikül takibi, histerosalpingografi-HSG, yapay dölllenme, tuboplasti, mikroenjeksiyon vb), tıbbi endikasyonu olmayan her türlü küretaj, düşük araştırması ile ilgili tüm giderler, adhezyolizis, sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri (RİA, vasektomi,tüp ligasyonu) ile ilgili tüm giderler, diğer doğum kontrol yöntemleri (hangi nedenle verilirse verilsin tüm doğum kontrol hapları, kondom, derialtı ve enjektabl hormon uygulamaları vb)ile ilgili giderler, iktidarsızlık, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri, peyronie ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil) cinsiyet değiştirme operasyonları ve her türlü sünnet (fimosiz dahil) ile ilgili tüm giderler,

29. 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
30. Ses ve konuşma terapilerine ait tüm giderler,
31. Meslek hastalıkları, iş kazaları, üçüncü şahıs ödeme sorumluluğunda olan sağlık giderleri, ehliyetsiz araç kullanımı sırasında oluşan kazalar,
32. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri ile cinsel yolla bulaşan tüm hastalıklara ilişkin giderler (frengi, bel soğukluğu, kasık granülomu, genital herpes ve genital siğiller,genital ve anal molluscum contagiosum vb.),
33. 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 poliçe teminat kapsamı dışındadır.
34. Alerji deri testleri (Deri prick testi, deri yama testi vb.) , Vitamin D testi teminat kapsamı dışındadır.

MADDE 6- COĞRAFİ KAPSAM

İş bu poliçe Türkiye' de ikamet eden yabancı uyruklu kişiler için ve Türkiye Cumhuriyeti coğrafi sınırları içinde geçerlidir. Yurt dışında yapılan tedavi ve tanı giderleri karşılanmaz. K.K.T.C yurt dışı olarak değerlendirilir.

MADDE 7- UYGULAMA ESASLARI

Sigorta şirketi sigortalı sağlık gider ödemelerinde Anlaşmalı ve Anlaşmasız kurum olmak üzere iki uygulama kullanmaktadır. Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ait güncel listeler Sigortacının kurumsal web sitesinde yayınlanmaktadır.

Sigortacı, sigorta süresi içinde, önceden herhangi bir bildirimde bulunmaksızın Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda değişiklik yapabilir. Anlaşmalı Sağlık Kurumları'na ait liste ve bilgiler bilgilendirme amaçlı olup, hizmet alınmadan önce mutlaka Sigortacı'dan provizyon alınması gerekmektedir.

Sigortalı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda T.C. kimlik numarasının yazılı olduğu resimli kimlik belgesini ibraz etmek, Sigortalı olduğunu belirtmek ve teminat tablosunda belirtilen katılım payı, muafiyet tutarı ve limit üzerinde kalan tutarı ödemekle yükümlüdür.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda yapılacak sağlık giderleri için, teminat tablosunda belirtilen limit, katılım payı ve muafiyet doğrultusunda, Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme kapsamında provizyon ön onayı verilir. Provizyon sırasında verilen ön onay, Sigortacı'nın verdiği bu ön onay konusu teşhis ve tedavi işleminin yapılması sonrasında buna ilişkin sağlık giderlerini yeniden değerlendirmesine engel değildir. Yapılacak değerlendirme sonucunda ön onaya konu işlem ve sağlık giderinin teminat kapsamı içerisinde olmadığı neticesine varılırsa ve nihai onay verilmezse, tedavi giderleri Sigortalı/ Sigorta Ettiren

tarafından karşılanır. Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi sonucunda ödeme kararı verilmesi halinde Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na doğrudan ödemeyi gerçekleştirir.

Sigortacı ile anlaşması olmayan, ancak SGK ile anlaşmalı olan Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında tedavi yapılması halinde, sağlık giderleri öncelikle Sigortalı tarafından ödenir. Sigortalı tarafından ödenen sağlık giderlerine ilişkin tüm belgeler, Sigortacı'ya ulaştıktan sonra poliçe teminat, limit Özel ve Genel Şartlarına göre Sigortacı tarafından değerlendirilir ve onaylanması halinde Sigortalı hesabına ödenir.

SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastaneler ve/veya branşlarda gerçekleşen sağlık giderleriyle, sigortalının sahip olduğu Network kapsamında olmayan sağlık kurumlarında gerçekleştirilecek tüm teşhis ve tedavi giderleri poliçe kapsamı dışındadır.

Ancak sigortalının 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 ödeme kapsamındadır.

Gerek teminat limiti gerekse ödeme oranını aşan durumlar için sigorta şirketi ödeme yapmakla yükümlü değildir.

MADDE 8- TAZMİNAT İŞLEMLERİ

Tazminat talepleri, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde, teminat tablosu doğrultusunda, sunulmuş olan bilgi ve belgeler dikkate alınarak değerlendirilir.

Sigortalının tedavisi için anlaşmalı kuruma başvurması durumunda, anlaşmalı kurum Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan ve ardından Şirketimizden provizyon alır ve sigortalı, teminat limitleri dahilinde ödenmesi gereken katılım payını ödeyerek ve ibraname ile onam formunu imzalayarak anlaşmalı kurumdan ayrılır. Anlaşmasız kuruma gitmesi durumunda ise sigortalının tedavi giderleri poliçe kapsamı dışındadır. Tazminat ödemesine ilişkin bilgiler Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne aktarılacaktır.

Tazminat talebinin değerlendirilebilmesi sırasında iletilen zorunlu evraklara ek olarak Sigortacı gerek görürse Sigortalıdan, tedavisini gerçekleştiren doktor, sağlık kurumu ve/veya diğer kişilerden bilgi/ belge isteyebilir. Sigortacının gerektiğinde Sigortalıyı tarafsız doktora muayene ettirme hakkı saklıdır. Sağlık giderlerine konu olan tetkik ve tedavilerin bir doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına tıbbi gereklilik olduğunu göstermez. Olası uyuşmazlıklarda Sigortacının tarafsız Doktor görüşü esas alınır.

Sigortacının Rücu Hakkı: Sigortalının oluşan sağlık giderine üçüncü şahısların neden olması halinde, Sigortacı sigortalının yerine geçerek ödediği tazminat tutarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

Sigortacının, sigortalının veya doktorun yanlış ve/veya eksik bilgilendirmesi yüzünden poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen ödemeler yapmak durumunda kalması halinde, sigortacı teminat kapsamı dışında yapılan bu ödemeleri sigortalıya rücu ederek tahsil eder. Ayrıca bu uygulama, sigortacının poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen harcamalarla ilgili olarak "Direkt Ödeme Anlaşması" gereği sigortalı adına "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarına" yapmak zorunda kaldığı ödemeler için de geçerlidir.

Sigortacının herhangi bir nedenle poliçe teminatı kapsamında olmayan bir ödeme yapmış olması, sigortalı tarafından kazanılmış bir hak olarak değerlendirilemez

MADDE 9- BAŞVURULAR / YENİ GİRİŞLER

İş bu Sigorta kapsamında sadece Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olan Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) vatandaşları ve Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olan yabancı uyruklu kişiler sigortalanabileceklerdir.

Sigorta süresi 1 yıldır, poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında yürürlükte kalır. Sigortacının yükümlülüğü ve Sigortalının poliçe teminatları başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilip poliçenin düzenlenmesi ve peşinatın ödenmesi ile yürürlüğe girer. Sigortalı, her poliçe yenileme döneminde, Sigortacı' ya başvuruda bulunarak poliçesinin yenilenmesi talebinde bulunabilir.

Sigortalanma yaşı 15.gün- 65 yaş tır (Yeni doğan bebekler başvuru tarihinden itibaren ve en erken doğumdan 15. gün sigorta kapsamına alınabilirler) Poliçe yenilemeleri 75 yaşına kadar yapılır. Sigorta poliçesi, şirketimize ilk girişte 15 günlük bebekler ve 65 yaşından küçük kişileri sigorta teminatı altına alır.

Sigorta Ettirenin 18 yaşından büyük olması şarttır. 0-18 yaş arası çocuklar ise aile kapsamında ve/veya kanunen bakmakla yükümlü en az bir kişi ile teminat kapsamına alınabilir.

Bebeklerin doğuştan gelen hastalıklarının poliçe kapsamına alınarak doğdukları tarih itibarıyla sigortalanabilmeleri için (Aveon bebeği);

- a. Annenin Ayakta -Yatarak ve Doğum teminatı da içeren poliçesinin olması,
- b. Bebeğin sağlıklı olarak doğması ve başvuru formunun Şirketimize teslim edildiği anda herhangi bir hastalığının teşhis edilmemiş olması,
- c. Bebek için doldurulmuş başvuru formunun, doğum belgesi ve bebeğin hastane çıkış epikrizi ile, doğum tarihini takiben 15 gün içinde (15. gün dahil) Şirketimize iletilmiş olması gerekmektedir.

Doğdukları tarih itibarıyla sigortalananan bebekler için sonradan ortaya çıkan konjenital hastalıkları kapsam içerisinde olacaktır

Yukarıda yer alan koşullardan herhangi biri sağlanmıyorsa bebekler doğduktan 14 gün sonra risk değerlendirmesi yapılarak poliçe kapsamına dahil edilecektir. Doğuştan gelen hastalıkları poliçe kapsamı dışında bırakılacaktır.

Sağlık durumu ve/veya yapılacak risk değerlendirme doğrultusunda Sigortacının sigortalılarda başvuruyu reddetme, şartlı kabuller (limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) uygulayarak kabul etme hakkı saklıdır. Başka şirketten geçişlerde veya Şirketimizdeki diğer ürünlerimizden bu ürüne geçişlerde kazanılmış hakların korunması için risk analizi yapılacaktır.

Sigortacı, Sigortalının yazılı onayını alarak kendisini tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alma ve belge isteme hakkına sahiptir. Sigortalının Sigortacı 'ya sağlık geçmiş bilgilerine erişim yetkisi verdiği durumlarda sigortalının sağlık durumunun tespiti için Sigortacı tarafından gerekli görülen hekim görüşü, tetkik vb taleplere ilişkin masraflar Sigortacı tarafından karşılanır.

Ancak Sigortalının sağlık geçmiş bilgilerine erişim yetkisi vermediği veya sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesine rağmen anlaşmasız kurumlardan belgeleri temin edememesi durumunda ihtiyaç duyulabilecek hekim görüşü, tetkik vs. masraflar Sigortalı tarafından karşılanacaktır. Sigortalının durumlarda ise ihtiyaç duyulabilecek hekim görüşü, tetkik vs. masraflar Sigortalı ve/ veya Sigorta Ettiren tarafından karşılanacaktır.

MADDE 10- SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE YENİLEME GARANTİSİ

İş bu sigorta sözleşmesi, Sigortalının, ilk yıl ve /veya kesintisiz devam eden poliçe yılı sonunda, sigorta bitiş tarihinden önceki veya sonrasında otuz günlük süre içerisinde sigortalı / sigorta ettirenin talebi ile sigortacının belirleyeceği esaslar doğrultusunda yeni poliçe düzenlenmesi ve üzerinde mutabık kalınmasıyla yenilenebilir. Otuz günlük süre geçirildiğinde; Sigortalının önceki poliçesindeki kazanılmış haklarını kaybedecek, bekleme süreleri yeniden uygulanacak ve Sigortacının risk değerlendirmesi yaparak mevcut tüm hastalıkları şartlı kabullerle (kapsam dışı, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb. uygulayarak) teminat altına alma hakkı saklı kalmak kaydıyla, sigortalı yeni bir sigortalı durumuna gelecektir. Sigortalı, mevcut poliçesinin hak kaybına uğramaması için (bitiş tarihinden Otuz gün önce/ Otuz gün sonrasında) yenilemesini takip etmek ve Sigortacıdan talep etmekle yükümlüdür.

Sigorta ettiren/sigortalı, teklif ile başlayan poliçeleşme ile tamamlanacak süreçte istenen ve /veya kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun değerlendirmesine etkisi olacak hususları beyan etmekle yükümlüdür.

Sigorta ettiren/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun ilgili maddesi ve Sağlık Sigortası Genel Şartları 6. maddesi hükümleri uygulanır. Sigortacının 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.

10.1 Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar Farklı şirketten bu ürüne yapılacak geçişlerde, yenileme garantisi olsun olmasın yeni giriş işleminde olduğu gibi risk analizi yapılacak, yapılan değerlendirme sonucunda kapsam dışı, üst limit, katılım payı, ek prim v.b. uygulamalar söz konusu olabilecektir.

Geçiş talebi için, sigortalının bir başka sigorta şirketinde kesintisiz olarak en az 1 yıl poliçe sahibi olması ve Sigortalı adayının diğer sigorta şirketindeki poliçesinin bitiş tarihinden en geç 30 gün içerisinde başvuru yapması gereklidir. Yukarıda belirtilen şartların sağlanmaması durumunda ise, sigortalının tüm sigortalılık süresi dikkate alınarak yeniden risk analizi yapılacaktır.

10.2 Yenileme Garantisi: Sigortalı, dördüncü yıl yenileme işlemleri sırasında;

- İlk kez 55 yaşından önce sigorta kapsamına alınmış,
- Kesintisiz olarak 3 yıl aynı planda sigortalılık süresini doldurmuş,
- Son 3 yıllık Tazminat/Prim oranı %100 ve altında,

İse; Sigortacı tarafından yenileme Garantisi verilmek üzere risk analizine tabi tutulur ve yapılan risk değerlendirme sonucu Sigortacının belirleyeceği şartlar dahilinde şartlı ya da şartsız olarak "Yenileme Garantisi" hakkı kazanır.

Sigortacı, değerlendirme için Sigortalılardan tetkik sonucu, e nabız kayıtlarını, medikal rapor vb. belge ve bilgi talep edilebilir. Bu değerlendirme her bir Sigortalı için ayrı ayrı yapılır. "Yenileme Garantisi" hakkı kazanan Sigortalıların mevcut üründe devam etmesi durumunda, "Yenileme Garantisi" alındıktan sonraki dönemlere ait yenilemelerde tekrar risk analizi değerlendirmesi (kapsam dışı, üst limit, medikal ek prim ve katılım payı vb..) yapılmaz. Ancak, bu Sigortalılar için Tazminat / Prim oranına göre, poliçe özel şartlarında belirtilen oranlara göre ek prim uygulaması yapılacaktır.

Sigortalının "Yenileme Garantisi" hakkı kazandıktan sonra farklı bir ürün/plana geçmek istemesi durumunda Sigortacının yeniden risk analizi yapma hakkı saklıdır. Plan Değişikliği Sigorta Ettirenin poliçenin yenilenmesinde teminat değişikliği, network değiştirme talebi veya

farklı bir ürüne geçiş talepleri Sigortacının değerlendirmesi ve onaylaması koşuluna bağlıdır. Sigortacının bu taleplerde yeniden başvuru formu / sağlık beyanı isteme hakkı saklıdır. Söz konusu ürün / plana geçişleri Sigortacının onaylaması halinde yapılabilir.

"Yenileme Garantisi" hakkı kazanan Sigortalının son kullandığı ürün poliçe yenileme döneminde yürürlükten kaldırılmış bir ürün ise mevcut poliçe teminatlarına ve anlaşmalı kurum ağına en uygun, muadil bir ürün ile poliçe yenilemesi yapılır ve Sigortalının mevcut "Yenileme Garantisi" hakkı saklıdır.

Yenileme Garantisi hakkını kazanamayan Sigortalıların poliçesi, Sigortacı'nın değerlendirmesi ve onaylaması halinde her yıl yenilenebilecektir.

MADDE 11- PRİMLER

Sigortacı, Sağlık Sigortası Tarife Primini birey bazında, yaş, cinsiyet, sigorta süresi, geçmiş dönem tazminat/prim kullanım oranları, hastalık riski, teminat yapısı, teminat limiti, özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç ve malzeme fiyatlarındaki değişim, teknolojideki yeni gelişmeler ile karşımıza çıkan yeni tanı ve tedavi yöntemleri maliyetleri, aracı komisyon payları, tedarikçi maliyetleri, şirket genel giderleri, portföyün yaşlanması ve enflasyon oranı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş baz alınarak hesaplanır. (iş bu poliçede yaş hesabı, başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay / yıl olarak hesaplanır.) Sigortacı her yıl mevcut ve/veya yeni ürünleri için, yaş, cinsiyet, network, bölge vb. kriterler bazında sağlıklı her yaş sigortalı için standart tarife primini belirler.

Sigorta sözleşmesinin kesintisiz olarak yenilenmesi halinde primin belirlenmesi ve ürünle ilgili tüm alt maddelerde geçen uygulamalar, koşul ve oranlar sigortacı tarafından önceden bildirilmek ve/veya ilan edilmek kaydıyla her zaman değiştirilebilir. Bu değişiklikler bir sonraki sigorta sözleşmesi başlangıcından geçerli olmak üzere uygulanır.

Prim Ödemeleri: Sigorta priminin ne şekilde, hangi vade ve tutarlarda ödeneceği, başvuru üzerinde ve/veya teklif formunda belirtilmektedir. Sigortalı, prim ödemelerinin tamamını poliçe üzerinde yazılı ödeme planı doğrultusunda peşin ya da kredi kartı ile yapar.

Hastalık Ek Primi Sigorta sözleşmesinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan sağlık risklerinin değerlendirilmesi sonucunda, sigortalının rahatsızlık/hastalıklarına teminat verebilmek amacı ile (sigortaya yeni başvuru, süresi sona eren poliçenin yenilenmesi veya iptal edilmiş bir sigorta sözleşmesi/poliçenin yeniden düzenlenmesi, teminat değişiklik talepleri dahil) yapılan risk değerlendirilmesinin sonucunda, poliçe/sigorta sözleşmelerine yansıtılmak üzere sigortacı tarafından talep edilen hastalık ek prim tutarını (sür primi) ifade eder. Her bir hastalık için ayrı olarak belirlenir. Belirlenen Hastalık Ek Primi, sadece ilgili sigortalı için standart prim tarifesindeki aynı yaş ve cinsiyet için tanımlanmış olan prime eklenir

Sigortacının poliçe yenilemeleri öncesi yapacağı değerlendirme sonucunda uygulanacak hastalık ek primi; her bir hastalık başına, yenileme dönemindeki aynı tarife, yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bir sigortalı için belirlenmiş standart tarife priminin 4 (dört) katını geçemez.

Tazminat / Prim oranına göre uygulanacak indirim ve ek primler;

Kesintisiz devam eden Bireysel Yenileme poliçelerinde indirim hakkı, sigortalının yürürlükteki poliçe döneminde "Tazminat"/"Sağlık Net Primi" (T/P) Oranı dikkate alınarak bulunur.

Sigortalı için Ödenen tazminat / Net prim oranı	Toplam sigortalı Primine uygulanacak Olan indirim oranı
0%	%20 indirim
%1-%50	%15 indirim
%50-%100	0%

Sigortalı için Ödenen tazminat / Net prim oranı	Toplam sigortalı Primine uygulanacak olan ek prim oranı
%101-%150	%25 ek prim
%151-%200	%50 ek prim
%201-%300	%100ek prim
%301 ve üstü	%200 ek prim

Kesintisiz Bireysel Yenileme poliçelerinde ek prim, sigortalının yürürlükteki poliçe döneminde "Tazminat"/"Sağlık Net Primi" (T/P) Oranı dikkate alınarak bulunur.

Yeni iş ve transfer geçiş poliçelerde (yeni iş olarak işleme alındığından) indirim verilmez.

MADDE 12- SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ/ İPTALİ

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

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı, poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunması halinde, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması durumunda, ödenen primler kesintisiz olarak Sigorta Ettirene iade edilir.

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı isteği üzerine poliçenin iptal edilmesi durumunda prim iade tutarı, sigorta sözleşmesinin geçerli olduğu gün sayısının toplam sigortalılık süresine oranı esas alınarak hesaplanır. Sigorta süresi içerisinde ödenen toplam tazminat tutarı, gün esasına göre hesaplanmış ödenecek Poliçe Priminin %65'ine eşit veya küçük ise, ödenmiş toplam primden, gün esaslı hesaplanan prim tutarı düşülerek kalan tutar Sigorta Ettirene ödenir. Poliçenin, bu madde gereğinde iptali halinde, toplam tazminat tutarının (ödenmiş, ödenecek), gün esaslı hesaplanan Ödenecek Poliçe Primi tutarının 65%'ini aşması durumunda, herhangi bir prim iadesi yapılmaz.

Sigortacı' nen Sigortalı/ Sigorta ettirenin kötü niyetli hareketlerini tespit ettiği (Sigortalı olmayan kişilerin sigorta teminatlarından yararlandırılması ve sağlık giderlerinin diğer sigortalılar adına düzenlenmesi, Sigortalının bildiği ve/veya belirtilerinin sigorta başlangıç tarihinden önce başladığı halde Sigortacı' ya beyan etmediği mevcut bayansız rahatsızlıkların tespiti vb..) durumlarda; Sigortacı, bu şekilde yapılmış bir tazminat talebini ödemiş olduğu olması halinde, ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve sigorta sözleşmesini bazı veya tüm sigortalılar için kısmen veya tamamen mebedinden iptal etmek hakkına sahiptir. Sigortalının, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile Sigortacının uğrayacağı zararlardan Sigorta Ettiren, Sigortalıyla birlikte sorumludur.

MADDE 13- SİGORTA ETTİREN/SİGORTALININ VEFAT DURUMU

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalının vefatı durumunda ise Sigortacı aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar.

Sigorta ettirenin vefatı durumunda; 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 Sigortacı '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 hükümsüz kalır. Sigorta ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

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

MADDE 14. 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 Resmî 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;

- Bordro ile ücret alıyor iseniz, çalıştığınız işyerinde Muhasebe Servisine Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzunu vermeniz,
- 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 unvanı ve ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu, otomatik para çekme makinası makbuzu ve kredi kartı ekstreleri makbuz yerine geçmektedir.)