

TÜRK NİPPON SİGORTA TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1.SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bu sigorta, sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile Anlaşmalı Özel Sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde Sağlık Sigortası Genel Şartları (“Genel Şartlar”), Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (“Yönetmelik”) ve bu Özel Şartlara (“Özel Şartlar”) göre;

Sosyal Güvenlik Kurumu (“SGK”), 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve buna ilişkin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında, Sigortacının bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarında alınan sağlık hizmetleri ile ilgili ilave ücret tutarlarını,

Sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinde kalan tutarlarını teminat altına alır.

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

2.TANIMLAR

Poliçe:

Türk Nippon Sigorta A.Ş. tarafından düzenlenen sağlık sigortası sözleşmesi. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını belgeleyen evraktır

Sigorta Ettiren:

Sigorta Şirketi ile sözleşmeyi kuran, bu sözleşmenin kapsamı dahilinde prim ödeme dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek yükümlülüğünü üstlenmiş gerçek veya tüzel kişidir.

Sigorta Şirketi /Sigortacı:

Sigorta sözleşmesinin tanzim edildiği ülkede, ülkenin kanunları gereğince tescil edilip işletme ruhsatı almak kaydıyla, sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında, sigortalıya ya da tazminatın yararlanacağı belirtilmiş kişiye, rizikonun gerçekleşmesi halinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur. Satın almış olduğunuz poliçe için sigorta şirketi/sigortacı Türk Nippon Sigorta A.Ş.’ dir.

Sigortalı:

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

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.

- 1) Anlaşmalı Sağlık Kurumu/ Kuruluşu
Sigortacı'nın Tam Senin Sigortan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için sözleşme yapmış olduğu ve aynı zamanda GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan sağlık kurumları ile kurum bünyesinde kadrolu olarak çalışan (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) ve var ise anlaşmalı çalışan doktorları ifade eder.
- 2) Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı ("Network")
Network, sigorta ettiren tarafından tercih edilmesi sebebiyle poliçede gösterilen anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder. Ürüne ait Network Sigortacı'ya ait <http://www.turknippon.com> adresli kurumsal web sayfasında belirtilmektedir.
- 3) Anlaşmasız Sağlık Kurumu/Kuruluşu
Sigorta ettirenin, teklif/ poliçede tercih etmiş olduğu Network dışında yer alan ve SGK ile anlaşmalı olup Türk Nippon ile anlaşması olmayan sağlık kuruluşlarını ifade eder.

Teklif/ Poliçede tercih edilen Network'te yer alan bir sağlık kurumunun kadrosunda görev yapan ancak Türk Nippon sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar "Anlaşmasız Sağlık Kurumu/kuruluşu" olarak değerlendirilir.

Bekleme Süresi:

Sigortalının ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

Mevcut Hastalık/ Rahatsızlık:

Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan hastalık/rahatsızlıklardır. Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı, poliçe başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ile gelişim süreci açısından poliçe başlangıç tarihinden öncesine dayalı hastalık/ rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlardır.

Hastalık

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

Rahatsızlık

Bir kişinin doktora başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

Plan/ Teminat Tablosu

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki bilgidir.

Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

Poliçede yer alan kişilere ait, ev ve/ veya iş adresleri, ev, iş ve/ veya cep telefonları ile elektronik posta (e-mail) adreslerini ifade eder.

Özel Şartlar

Poliçenin ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, ürüne özel kurallar ve şartları içeren belgedir.

Sağlık Sigortası Genel Şartları (“Genel Şartlar”)

T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Genel Şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır.

Türk Nippon Müşteri Hizmetleri

Sigortalıların provizyon işlemleri, ambulans ve poliçede belirtilen asistans hizmetleri randevuları ile her türlü soru, istek, öneri ve şikayetlerini aktarabildikleri 444 88 67 numaralı telefon hattıdır.

Bireysel Poliçe

Kişinin tek başına veya anne, baba, evlenmemiş çocuklardan/evlat edinilen çocuklar dahil oluşan çekirdek ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

Grup Poliçe

Sigorta ettirenin tüzel kişilik olduğu, çalışanların ve çalışanların çekirdek ailelerinin (personel, eş, çocuklardan (evlat edinilen çocuklar dahil) oluşan) bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

Mesleki Hastalık

Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işini yürütürken gerçekleşen geçici veya sürekli bedensel veya ruhsal hastalık halleridir.

İş Kazası

Sigortalının işyerinde olduğu sırada, yürütülmekte olan iş nedeniyle veya sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında meydana gelen travmatik hastalıkları ifade eder.

Tehlike Sınıfı

İş sağlığı ve güvenliği açısından, yapılan işin özelliği, işin her safhasında kullanılan veya ortaya çıkan maddeler, iş ekipmanı, üretim yöntem ve şekilleri, çalışma ortam ve şartları ile ilgili diğer hususlar dikkate alınarak işyeri için belirlenen tehlike grubunu ifade eder.

İstisna

Sigortacı'nın incelemesi sonucunda, poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/ rahatsızlıkların) poliçe teminat kapsamı dışında kalmasıdır.

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.

SGK Katılım Payı

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda öngörülen ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutarı ifade eder.

Sağlık Uygulama Tebliği (“SUT”)

Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğdir.

İlave Ücretler

Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden/ sigortalılardan alınabilecek fark ücretleridir.

Tazminat

Sağlık giderlerinin, ilgili sağlık poliçesi, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacı tarafından onaylanan ve/ veya ödenen tutarıdır.

1) Provizyon

Teklifte/Poliçede geçerli olduğu belirtilen sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavilerin karşılanıp karşılanmayacağını gösteren

Sigortacı'nın yaptığı değerlendirme sonucudur. Provizyon verilebilmesi için talep tarihinde geçerli bir poliçenin olması gerekmektedir.

Provizyon ön onaydır, Sigortacı son tahakkuk aşamasında değerlendirme yaparak farklı yeni bir tespit yaparsa farklı bir şekilde karar verebilir.

2) Tahakkuk

Sigortacı'nın gelen tazminat talebini, önceden provizyon alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, poliçe teminat ve limitleri, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirerek, sağlık kurumlarına ve/ veya sigortalı/ sigortalılara ödeme yapılıp yapılmayacağı; yapılacaksa ödenecek tutara karar verilen son aşamasıdır.

3) Doğrudan Anlaşmalı Kuruma Ödeme

Poliçede tercih edilen Network' te gerçekleşen sağlık giderleri için, provizyon/ e-provizyon alınarak, poliçe şartlarında katılım payı olması durumunda sigortalının sadece bu katılımları ödeyerek hizmet almasıdır. Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacının sorumluluğunda olan kısım sigortalı adına ilgili kuruma ödenir.

4) Doğrudan Sigortalıya Ödeme

Provizyon alınmaksızın sağlık giderinin sigortalı tarafından önce sağlık kurumuna daha sonra sağlık giderine ait fatura, Özel Şartların "Tazminat Ödemesi" maddesinde belirtilen gerekli belgeleri Sigortacıya ileterek, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirme yapıldıktan sonra belirlenen tutarın Sigortalının hesabına ödenmesidir.

Teminat

Sigortacı'nın riskin gerçekleşmesi halinde, Sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği güvencedir.

Limit

Poliçede her bir teminat için ödenebilecek azami yıllık brüt tazminat tutarıdır. Brüt limit, Sigortacı tarafından ödenebilecek tazminat ile Sigortalı tarafından ödenmesi gereken katılım paylarının toplamıdır.

Ödeme Yüzdesi

Poliçede her bir teminat için belirtilen ve Sigortacı'nın ödemekle sorumlu olduğu oranı ifade eder.

Katılım Payı

Poliçede her bir teminat için belirtilen ödeme yüzdesinden artakalan kısmın Sigortalı tarafından üstlenildiği oranı ifade eder.

Prim

Toplam police primi Sigorta Ettiren'in ödemekle yükümlü olduğu, sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

1) Sağlık Tarife Primi

Sigortalının teminatları, ödeme yüzdesi, Network'ü, ikamet ili, yaşı, cinsiyeti gibi risk profili kriterleri dikkate alınarak belirlenen sağlık baz primini ifade eder.

2) Sağlık Primi

Sağlık Tarife primi üzerine her bir sigortalı için varsa hastalık ek priminin ilave edilmesi ile oluşan prim tutarıdır.

3) Sağlık Net Primi/ Poliçe Toplam Primi

Sağlık Primi üzerine, poliçe özel şartlarına istinaden hak edilen indirimler ile varsa dönemin kampanya indirimleri ve varsa vergiler uygulandıktan sonra oluşan toplam police prim tutarıdır.

Hastalık Ek Primi

Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucunda, "Sağlık Tarife Primi"ne belli bir oranda ek prim uygulanarak, poliçe kapsamına alınmasıdır.

Zeyilname

Poliçe yürürlüğe girdikten sonra yapılan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen son durumu gösterir sigorta sözleşmesidir.

Sigorta Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Türk Nippon'da kesintisiz devam eden tamamlayıcı bireysel sağlık sigortası poliçelerine ilk giriş tarihidir.

İlk Sigortalılık Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Sigorta şirketlerinde kesintisiz devam eden Sağlık poliçelerine ait ilk giriş tarihidir. Poliçede Kabul edilmesi halinde geçiş/transer olarak kabul edilen Sigortalının başlangıç tarihi "sigorta başlangıç tarihi"nden daha önceki bir tarih olabilir.

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.

Yeşil alan: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır.

Sarı Alan: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlardır.

Kırmızı Alan: 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.

Acil Durum

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanmış olan ve “Acil Durum” olarak değerlendirilen haller aşağıdaki gibidir.

Yüksekten Düşme, Ciddi İş Kazaları, Uzuv Kopmaları, Elektrik Çarpması, Donma, Soğuk Çarpması, Isı Çarpması, Ciddi Yanıklar, Ciddi Göz Yaralanmaları, Zehirlenmeler, Anafilaktik Şok, Omurga Ve Alt - Üst Ekstremitte Kırıkları, Kalp Krizi, Hipertansiyon Krizleri (Sigorta Başlangıç Tarihinden Sonra Oluşan), Akut Solunum Problemleri, Suda Boğulma, Tecavüz, Şuur Kaybına Neden Olan Her Türlü Organik Kusur, Ani Felçler, Ciddi Genel Durum Bozukluğu, Yüksek Ateş (39.5°C Ve Üzeri), Diabetik Ve Üremik Koma, Genel Durum Bozukluğunun Eşlik Ettiği Dializ Hastalığı, Akut Batın, Akut Masif Kanamalar, Menenjit (Beyni Saran Zarların İltihabıdır), Renal Kolik.

Uzaktan Sağlık Hizmeti

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre faaliyet izni almış olan sağlık kurumlarına, sağlık meslek mensubunun, sağlık hizmeti talep eden sigortalıya uzaktan sağlık bilgi sistemi (sağlık hizmeti sunumunda kullanılması onaylanan yazılı, sesli veya görüntülü iletişime imkan sağlayan güvenli yazılımdır) üzerinden sunduğu hizmettir.

3.SİGORTANIN TEMİNATLARI

Sigortacı, poliçe süresi içerisinde bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarda SGK ile anlaşmalı branşlarda oluşacak GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için, SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak poliçede belirtilen network, teminat, limit, ödeme yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı istisna/ istisnalar, Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar doğrultusunda karşılar.

Teminatlar sadece poliçede sigortalı olarak belirtilen kişiler için ayrı ayrı geçerli olup, poliçede sigortalı olarak yer almayan kişiler sigorta teminat kapsamından yararlanamazlar.

3.1. YATARAK TEDAVİ

Yatarak Tedavi teminatı, yatış tarihinden taburcu işlemi yapılincaya kadar uygulanan cerrahi ve dahili yatışlar, yoğun bakım giderleri, standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçinin yemek ve oda giderleri, yatış olmasına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi, diyaliz tedavileri ve tedavi süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonları ile ilgili giderler, küçük müdahale, koroner anjiyografi ile yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan ve SUT kapsamında gününbirlik tedaviler kategorisinde belirtilen işlemler bu teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Yatarak Tedavilerin Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında yapılabilmesi için en az 48 saat önce Provizyon Merkezi'nden onay alınması gerekir.

3.2. Suni Uzuv

Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir hastalık veya kaza sonucu uzuv kaybı olması halinde, kaybolan uzuva ait fonksiyonların yerine koyması için gereken suni uzuv giderleri, kanser ameliyatı sonrasında olacak meme ve testis protezleri, elini kaybeden bir kimsenin ihtiyaç duyacağı takma el, göz kaybı nedeniyle gerekebilecek takma göz vb. giderler bu işlemlerin poliçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi ile poliçede belirtilen limit ile "Sunı Uzuv" teminatı kapsamında sigortalılık süresi içerisinde bir kez karşılanır. Robotik uzuvlar kapsam dışındadır

3.3. Tıbbi Malzeme

Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbasından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen "Tıbbi Malzeme" teminat limiti dahilinde karşılanır.

Ayakta Tedavi kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak poliçede ilgili teminatlar varsa bu teminat kapsamında karşılanır.

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

3.4. Ambulans

Sigortalı, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/ veya en yakın sağlık kurumuna karayolu ile nakli için "Türk Nippon Müşteri Hizmetleri"ni araması ile bu hizmetin verilebildiği bölgelerde "Ambulans" hizmet teminatından yararlanabilmektedir. Sigortacı'nın da onaylaması halinde T.C. sınırları içerisinde geçerlidir. Uluslararası ambulans hizmeti teminat kapsamı dışındadır.

Bu hizmetin verildiği poliçelerde teminatlar sayfasında kullanım adedi ve varsa limit poliçede belirtilir.

3.5. **AYAKTA TEDAVİ**

Ayakta Tedavi teminatı, poliçede tercih edilmiş olması kaydıyla geçerlidir. Yatış gerçekleşmeden sağlanan doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, röntgen, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri (MR, BT, Gastroskopi, kollonoskopi vb.), fizik tedavi ve rehabilitasyona ait giderler poliçede tercih edilmeleri kaydıyla, bu teminat ile poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışındadır.

3.6. **Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon**

Ayakta Tedavi teminatı teminatının alınması halinde bu teminat verilir. Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları (doktor muayenesi Ayakta Tedavi teminatından karşılanır), fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim tarafından tedavi edilmesi durumunda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat için poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile policede kapsamındadır.

3.7. **Hizmetler**

Diş Bakım Paketi, Diyetisyen, Check-Up ve Psikolojik Destek gibi sigortacının, destek hizmeti sağlayıcıları aracılığıyla sigortalıya sunduğu hizmetlerdir. Poliçe dönemi içerisinde hizmetlerde değişiklik yapma ya da sonlandırma hakkı Sigortacıya aittir. Bu hizmetlerin verildiği poliçelerde teminatlar sayfasında kullanım adedi ve varsa limit poliçede belirtilir. Sigortalının tazminat prim oranını etkilemez.

Bu hizmetler poliçede yer alıyorsa Sigortalı "Türk Nippon Müşteri Hizmetlerinden" randevu olarak hizmetin verilebildiği bölgelerde bu hizmetlerden faydalanılabilir.

DİŞ BAKIM PAKETİ (GOLD DİŞ DOLGULU)

Bu hizmet, Dolgu(1 adet), Yerel flour uygulaması (Tam Çene), Detertraj (diş taşı temizliği - alt ve üst çene), Gümüş kuron ve köprü simantasyonu (her sabit üye için), Okluzal aşındırmalar (alt ve üst çene), Okluzyon düzeltilmesi (iki çene), Bite - wing radyografi, Diş röntgen filmi (periapikal-tek diş), Diş hekimi muayenesi, Konsültasyon, Kontrol hekim muayenesi, Lokal anestezi (enjeksiyon - infiltratif), Lokal anestezi (rejyonel), Oral hijyen eğitimi, Teşhis ve tedavi planlaması, Uzman dişhekimi konsültasyonu, Uzman dişhekimi muayenesi, Vitalite Kontrolü, Dolgu sökümü (tek diş) giderlerini kapsamaktadır.

DIYETİSYEN

Bu hizmet, Diyetisyen hizmetlerinin ilk seansını kapsamaktadır. Sonraki seanslarda indirimlerden faydalanılabilir.

PSİKOLOJİK DESTEK

Bu hizmet, Psikolojik destek hizmetlerinin ilk seansını kapsamaktadır. Sonraki seanslarda indirimlerden faydalanılabilir.

CHECK-UP

Bu hizmet, Doktor muayene, Tam Kan Sayımı (18 parametre), Akciğer Grafisi (Tek

Yönlü), Tam İdrar Tahlili, Sedimantasyon, Açlık Kan Şekeri, Kolesterol Total, EKG işlemlerini kapsamaktadır.

Bu teminat poliçede yer alıyorsa Sigortalı "Türk Nippon Müşteri Hizmetlerinden" randevu alarak teminatın verilebildiği bölgelerde bu hizmetlerden faydalanılabilir.

3.8. DİĞER EK TEMİNATLAR

Bu teminatların yukarıdaki teminatlara ek olarak poliçede alınması durumunda teminatların primleri ayrıca poliçe primine dahil edilmektedir.

KRİTİK HASTALIKLAR

Poliçe başlangıç tarihinden 90 gün sonra ortaya çıkan/teşhis edilen semptomların ve/veya tedavinin gerçekleşmesi koşulu ile bu teminat geçerlilik kazanır. Bu teminat poliçe başlangıç yılı itibariyle 56 yaşından gün almamış olan kişiler için geçerlidir. Tüm sigortalılık dönemi içerisinde 1 hastalık için 1 kez bu teminat verilmektedir. Belirli bir Kritik Hastalıkla ilgili olarak sadece bir kere tazminat talebinde bulunulabilir. Sigortalının birbirinden farklı birden fazla Kritik Hastalıktan muzdarip olması halinde yalnızca aşağıdaki hastalıklardan biri için tazminat talebinde bulunabilir.

Bu teminattan faydalanılması için 30 gün içerisinde hastalık ile ilgili tüm bilgi/belgelerin/raporların Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu sürenin aşılması halinde teminat geçersiz olur.

Poliçede belirtilen limit kapsamında Sigortalı'nın talep edeceği IBAN hesaplarına doğrudan ödeme yapılır.

1. Kalp Krizi

Kalp kası duvarının (transmural), bölgeye yeterli kan gidişinin aniden durması nedeniyle ölmesi.

Teşhis, aşağıdaki kriterlerin hepsinin mevcudiyetine dayalı olacaktır:

- Tipik göğüs ağrısı geçmişi
- Yeni ECG değişiklikleri
- Kardiyak enzimlerinde, troponionlarda veya diğer biyokimyasal markerlerde yükselme

Yukarıdakilerin hepsinin kesin bir akut miyokard enfarktüsüne işaret etmesi durumunda. Anjina dahil, ancak bununla sınırlı olmamak üzere, diğer akut koroner sendromlar bu tanımın kapsamına girmemektedir.

2. Koroner arter cerrahisi

Sınırlayıcı anjina semptomları olan kişilerde, bir veya birden fazla koroner arterdeki daralmanın veya tıkanmanın bypass graftlarla düzeltilmesi için bir Danışman Kardiyologun önerisi üzerine açık kalp ameliyatı yapılması; ancak, balon anjioplastisi, lazer tedavisi gibi cerrahi olmayan işlemler hariçtir.

3. İnme

Birbirini izleyen yirmi dört saatten daha uzun bir süre devam eden nörolojik sekeller meydana getiren ve buradaki teminata dahil olan daimi nörolojik arazın kanıtlarını sağlayan her türlü serebrovasküler olay, beyin dokusunun enfarktüsü, intrakraniyal ve/veya subaraknoid hemoraj ve bir ekstrakraniyal kaynağın yol açtığı embolizasyon olacaktır. Geçici İskemik Krizler spesifik olarak teminat dışıdır.

4. Kanser

Kötü huylu (Malignan) hücrelerin kontrolsüz olarak büyüyerek yayılması ve dokuyu istila (invazyon) etmesi durumu. Bu doku istilasının (invazyonunun) tartışmasız kanıtı veya kötü huylu (malignan) bir büyümenin kesin histolojisi sunulmalıdır. Kanser terimine lösemiler ve Hodgkin's hastalığı dahil olmakla birlikte aşağıdakiler hariçtir:

- Histolojik olarak premalign, noninvazif veya yerinde kanser olarak tanımlanan bütün tümörler.
- Histolojik olarak 6'dan büyük Gleason puanı almadıkça veya TNM sınıflamasında en az T2NOMO'ya ilerlemiş olmadıkça, bütün prostat tümörleri.
- İnsan bağışıklık yetmezlik virüsünün mevcut olduğu her biçimdeki lenfoma.
- İnsan bağışıklık yetmezlik virüsünün mevcut olduğu Kaposi sarkoması.
- İnvazif malignan melanom dışındaki her türlü cilt kanseri.

5. Böbrek Yetmezliği

Her iki böbreğin kronik ve geri dönüşsüz olarak işlevini yitirmesi şeklinde ortaya çıkan ve bunun sonucunda düzenli olarak böbrek diyalizi veya böbrek nakli gerektiren son aşamadaki böbrek yetmezliği.

6. Önemli Organ Nakli

Bir alıcı olarak kalp, kalp ve akciğer, karaciğer, pankreas veya kemik iliği nakli ameliyatı geçirmek.

7. Parapleji

(Ruhsatlı ve gerekli uzmanlığa sahip bir tabip tarafından konulan teşhise göre) her iki bacağın veya her iki kolun tam ve geri dönüşsüz kullanım kaybı. Malullüğün kalıcı olması ve uygun nörolojik kanıtlarla desteklenmesi gerekir.

8. Körlük

(Ruhsatlı ve gerekli uzmanlığa sahip bir tabip tarafından konulan teşhise göre) Her iki gözde tüm görme yetisinin tamamen, daimi ve geri dönüşsüz olarak yitirilmesi.

9. Multiple Skleroz

Beyin ve omurilikte miyelin kılıflarının yaygın demiyelinasyonu ile karakterize olan, gerilemelerle ve şiddetlenmelerle seyreden çoklu nörolojik semptom ve belirtilerle sonuçlanan, bir Danışman Multiple Skleroz Nörologu tarafından aşağıdaki kriterlerin tamamını karşılayacak şekilde teşhis edilmiş bir merkezi sinir sistemi hastalığıdır:

- Motor ve sensör işlevde kesintisiz en az altı ay boyunca devam eden bir bozukluk olmalıdır.
- Teşhis, tazminat talebinde bulunulduğu zamanda geçerli olan teşhis teknikleriyle teyit edilmelidir.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler ve yatarak ve ayakta olmasına bakılmaksızın tüm endoskopik işlemler, Fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler poliçe başlangıç tarihinden itibaren 3 ay sonra (Triyaj uygulamasındaki kırmızı alan / Acil durumlar hariç) teminat kapsamına alınır. Poliçe başlangıç tarihi öncesi hastalık/rahatsızlıkları ile ilgili sigortalının poliçesinde uygulanmış istisnalar ve teminat dışı kalan haller her durumda teminat kapsamı dışındadır.

Dünya Sağlık Örgütü ve/ veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş küresel, bölgesel veya ülke içindeki covid 19 salgın hastalıklara ilişkin sağlık giderleri, hastalıkla ilgili belirti ve şikayetlerin sigorta kapsamına dahil olunduktan 14 gün sonra ortaya çıkmış olması şartıyla (Covid 19 testleri PCR metodu vb. ve Aşı giderleri hariç) poliçe teminatları, limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde kapsama alınır. Geçiş yapan sigortalılar için de aynı şartlar geçerlidir.

Kritik Hastalık teminatı, poliçe başlangıç tarihinden 90 gün sonra ortaya çıkan/teşhis edilen semptomların ve/veya tedavinin gerçekleşmesi koşulu ile geçerlilik kazanır.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları' nda düzenlenmiş teminat dışı kalan haller,
2. Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan mevcut hastalık/rahatsızlıkları (tanısı henüz konmamış olsa bile beyan edilmemiş yakınmalar ile ilgili tüm sağlık giderleri,) ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüksetmesi ve komplikasyonları dahil,
3. Teşhis ve tedavinin uygulandığı tarihte GSS kapsamında olmayan ve GSS tarafından ödenmeyen, GSS müstehaklığının olmadığı dönemde oluşan her türlü sağlık gideri ile 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98.maddesi gereğince sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,
4. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri veya SGK'nın muadil malzeme fiyatları üzerinden ödeme yaptığı durumlarda Anlaşmalı Sağlık Kurumlarıyla yapılan sözleşme dahilinde kullanılanlar dışında kalan her türlü malzeme ve ilaç, mama, tatlandırıcı, genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, ağız ve diş bakım aparatları, termometre ve vücut ısısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,
5. Anlaşmalı Sağlık kurumları dışında gerçekleştirilecek tedavilere ait sağlık

giderleri (acil durumlar da dâhil), SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında veya SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında veya SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü gider,

6. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/ veya teminat limitini ve/ veya katılım payını aşan ve poliçede teminatı bulunmayan giderler,
7. Ayakta tedaviler kapsamında (acil durum dahil) her türlü İlaçlar, herhangi bir hastalık/ rahatsızlık olmadan kontrol amaçlı yapılan tetkikler, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları (evlilik öncesi, spor öncesi, işe başlama öncesi gibi) için oluşacak sağlık giderleri,
8. Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik her branşta muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
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 tedavi ve komplikasyon giderleri,
10. Poliçede tercih edilmeyen teminatlar ve poliçede belirtilen teminat açıklamalarında yer almayan her türlü sağlık gideri, yurtdışında gerçekleşen ilaç masrafları ve her türlü sağlık gideri, yurtdışından getirilecek olan her türlü ilaç,
11. Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar, rehabilitasyon, check up, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları ve özel harcamalar,
12. Her türlü doğum kontrol yöntemleri, kısırlık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri, çocuk istemi nedeni kontrol amaçlı yapılan muayeneler, ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermogram, adhezyolizis, suni dölllenme, tüp bebek, düşük araştırması ve gebelik öncesi kontrol tetkikleri, embriyo redüksiyonu vb.)
13. Tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimosiz vb..) kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil protez, peyroni vb.) cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri,
14. Aksine bir sözleşme yoksa, gebelikle ilgili her türlü gider, doğum ve yeni doğan bebek masrafları ve erken doğum (Prematürite) ve düşük doğum ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,
15. Dünya Sağlık Örgütü veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklara (kolera, sıtma, kuş gribi, domuz gribi vb.) ait sağlık giderleri,
16. Sebep ne olursa olsun her türlü bariatrik cerrahi yöntemleri (gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, jejuno-ileostomi, barsak kısaltılması vb.) ve komplikasyonlarına ait giderler,
17. 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, komplikasyonlarına ait giderler,
18. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi; doğuştan gelen tüm

hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar, genetik hastalık durum araştırması, taranması), 0-6 yaş arasındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fitik işlemleri, omurga şekil bozuklukları (kifoz, skolyoz gibi) tedavisi ve komplikasyonları ile ilgili giderler, ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, septoplasti, konka hastalıkları, nazal valv operasyonları), halluks valgus, halluks rigidus vb tanı tedavi ve komplikasyon giderleri, obezite ve metabolik sendrom, büyüme gelişme bozuklukları ile ilgili tanı, kontrol, teşhis yöntemleri ve komplikasyon giderleri,

19. 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,
20. 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,
21. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri,
22. Sigarayı bırakma ile ilgili muayene, tetkik, tedavi ve preparatlar (nikotin bandı, sakızı, elektronik sigara gibi),
23. Psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların muayene, nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dahil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider,
24. Yaşlılıktan ileri gelen rahatsızlıklar, bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansiyel hastalıklar ile ilgili her türlü gider.
25. 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.
26. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur, ayurveda, hidroterapi, hipnoz, aromaterapi, şifa kürleri, masaj, detoks, mezoterapi, refleksoloji, noralterapi, kayropratik tedaviler, oksiterapi, karboksiterapi, ozonoterapi, ve PRP (Platelet Rich Plasma-rombositten Zengin Plazma) ve diğer her türlü geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları,
27. Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey,
28. Ses ve konuşma terapileri,
29. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderler ile genital veya anal bölgede oluşan herpes, papillamatöz lezyonlar (siğiller, kondolima akkümünata vb.) ve molluscum contagiosum muayene, tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler,
30. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti-motorsiklet (bisiklet, motorlu bisiklet, elektrikli motorsiklet ve bisiklet kategorisinde kabul edilen, elektrikli kayak vb) ile araçların yasalarda düzenlenen kurallara aykırı kullanımı sonucu meydana gelen yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve

- tedavi masrafları , otomobil sporları ile ilgili her türlü gider ile profesyonel sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin her türlü gider,
31. Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan (telefon, ulaşım, konaklama, ilaç gümrük bedelleri gibi) her türlü gider
 32. Sağlık kurumu tanımına uyan veya uymayan her türlü merkezlerde özel hemşire, yardımcı sağlık personeli (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı gibi)
 33. Mesleki hastalıklara ve iş kazalarına ilişkin sağlık giderleri
 34. Sigortalı'ya uygulandığı tarihte, haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli veya yabancı otoritelerden (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan gıda ve ilaç dairesi ("FDA"), tıp fakülteleri ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı) birisi tarafından kabul görmüş olmayan ve/veya haklarında tıbbi cemiyet veya otoritelerin bunların deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem veya gereç üzerinde bir başka kişi veya kurumun deneysel alımlarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider
 35. Yüzeysel varislere yönelik her tür girişim ve tedavi (skleroterapi, her türlü lazerle yapılan varis tedavileri, radyo frekans vb.),
 36. 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,
 37. 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.
 38. Yoğun Bakım'da poliçe döneminde yıllık toplam 180 günü aşan yatışlar ve sigortalılık süresince 360 günü aşan hastanede yatış süresini içeren giderler,
 39. Her türlü alerjik hastalıkların deri testleri ve alerji aşıları,

6. COĞRAFİ KAPSAM

Poliçede yazılı teminatlar Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe teminat kapsamında değildir. KKTC yurt dışı olarak kabul edilir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1. Teminat Limit Uygulama Esasları

Poliçede belirtilen teminat, limit ve ödeme oranları her bir sigortalı için ayrı ayrı geçerli olup, gerek teminat limiti gerekse ödeme oranını aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir.

Kalan limit, poliçe üzerinde belirtilen limit, Sigortacı tarafından ödenen Tazminat tutarı ile sigortalı tarafından karşılanan katılım payı tutarları toplamının düşürülmesi ile belirlenir. SGK tarafından alınan zorunlu katılım payı bu limit hesabının dışındadır.

7.2. Anlaşmalı Sağlık Kurum Uygulama Esasları

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları, gerekli olduğu durumlarda güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı Sigortacı'nın <http://www.turknippon.com/> kurumsal adresinde ilan edilmektedir.

Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapabilir. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili sağlık kurumlarına ait özel uygulamalar otomatik olarak son bulur. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı verilmiş olsa dahi anlaşmalı kurum/ kuruluş/ network ve poliçe hizmetlerinde değişiklik yapma hakkını Sigortacı saklı tutar.

Sigortalı, Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon almalıdır. Tercih edilen Network kapsamında, provizyon alınarak gerçekleşen sağlık giderleri için teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde "Anlaşmalı kuruma doğrudan ödeme" yapılır.

Kurumların/ kişilerin hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Türk Nippon tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumludur.

8. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

8.1 Anlaşmalı Sağlık Kurum/ Kuruluşlarda;

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "doğrudan anlaşmalı kuruma ödeme" ile karşılanır.

Sigortalı anlaşmalı sağlık kurumuna sigortalı olduğunu belirtmek ve SGK katılım payını ödemekle yükümlüdür aksi durumda giderler teminat kapsamı dışındadır.

SGK ile anlaşmalı olan ancak Türk Nippon ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri ve SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastanelerde/ branşlarda gerçekleşen sağlık giderleri ile Türk Nippon ile Sağlık Kurumunun anlaşması olup SGK ile anlaşması olmayan Doktorların ücretleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

8.2 Anlaşmasız Kurum/ Kuruluşlarda;

Türk Nippon ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık hizmetlerine (acil durumlar dahil) ait faturalar poliçe teminatları kapsamı dışındadır.

8.3 Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi

Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi için talep edilmesi halinde aşağıdaki yazılı bilgi ve belgeleri Sigortacı'ya ulaştırılması gerekmektedir. Poliçe Özel Şartları, Genel Şartlar ve Yönetmeliklerde öngörülen süreler içerisinde Sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat değerlendirmeleri yapılır.

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında;

- Anlaşmalı kurumunun öncelikle GSS kapsamında provizyon alması,

- Doktor tarafından, tanı ve tedavi bilgilerini içeren “özel sağlık sigortaları formu”nun doldurulması,
- Başvuru ile ilgili varsa tetkik sonuçları, doktor raporları, adli vakalarda ilgili raporlar, ayrıntılı işlem dökümü E-Devlet, Tedavi Bilgileri Sorgulama dökümü, E-nabız) gibi belgeler gereklidir.

Sigortacı gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, yönlendirdiği doktora sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir.

8.4 Halefiyet (Hakların Devri) İlkesi

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, “halefiyet ilkesi” gereği Türk Nippon Sigorta A.Ş. ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir.

Bu hakkın kullanabilmesi için sigortalı, Türk Nippon Sigorta A.Ş.’ ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür.

Sigortacı, Sigortalı/ Sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları’na veya sigortalı/ sigortalılar hesabına ödediği ancak haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı/ sigortalılardan talep edebilir. Sağlık Kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir.

8.5 Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar

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

9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1 Yenileme

Poliçe süresinin bitiş tarihinden önce Sigortacı ile Sigorta Ettiren’in karşılıklı anlaşması ile aşağıdaki koşullar poliçe yenilenebilir. Sigorta poliçe süresi 1 yıldır.

Sigortacı’nın ürün özel şartlarında, teminat içeriğinde, teminat dışı kalan haller listesinde, teminat limitleri ve poliçe primlerde değişiklik yapılabilir, yenilemeye ilişkin yeniden risk değerlendirmesi yapma, poliçeyi otomatik yenileme veya yenilememe hakkı saklıdır. Yapılan değişiklikler, her bir sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur. Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir.

Poliçenin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde yenilenmemesi durumunda

sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran bir müşteri olarak kabul edilir.

Sigortacı, sigortalı “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” alana kadar, her yıl yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme sonucunda poliçeyi, aynı koşullarla yenileyebileceği gibi, istisna, limit ve/ veya ek prim uygulayarak yenileyebilir veya yenilememe kararı verebilir. Sigortacı'nın, Sigortalı'dan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimini isteme veya güncel doktor muayenesine ile birlikte ek tetkikler isteyebilir.

Yenileme priminin belirlenmesinden sonra bir önceki poliçeye ait tazminat talebi oluşur ve bu tazminat sonucunda yenileme priminde bir değişiklik söz konusu olursa Sigortacı ek prim alabilir veya yenilenen poliçeyi iptal edebilir.

Sigortalının yenilenecek poliçesindeki tercihlerini (network, plan, ürün) değiştirmek istemesi durumunda “geçiş ve kazanılmış haklar” maddesinde belirtilmiştir.

Sigortacı'nın tomatik yenileme yapması durumunda, sigortalıların poliçelerinde tercih edilmiş ürün, plan, Network/ Anlaşmalı kurum /kuruluş bilgileri değiştirilmeden yenilenir. Seçilen poliçe tercihleri yenileme döneminde geçerli değilse poliçe, en yakın tercihlere göre yenilenir.

Sigorta ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, Sigortacı'nın otomatik yenileme yapması durumunda, önceki poliçe dönemindeki ödeme şekli, yenilemede de geçerli olur.

9.2 ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ (ÖBYG)

Ömür Boyu Yenileme Garantisi, Sigortacı tarafından Sigortalı'nın bu hakkı kazandığı mevcut tamamlayıcı sağlık sigortası ürün ve planı dahilinde poliçenin ömür boyu yenileneceğini ifade eder.

Sigortalının kesintisiz olarak 3 yıl boyunca aynı Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını devam ettirmesi ve 3 yıl sonunda, sigortalının sağlık durumunu ve poliçe tazminatları esas alınarak tamamlayıcı sağlık sigortalarında ömür boyu yenileme garantisi hakkı değerlendirilir.

Bu değerlendirmede, sigortalının sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın, maruz kaldığı tüm hastalık/ rahatsızlıkları değerlendirilir uygun bulunanlara, ömür boyu yenileme garantisi verilir. Sigortalının hastalık/ rahatsızlıkları ile ilgili Sigortacı'ya herhangi bir bildirim yapmamasının tespit edildiği durumda verilen bu hak tekrar değerlendirilebilir.

Sigortacı;

- Ek prim veya istisna uygulamadan “ÖBYG” verebileceği gibi, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek primleri tekrar değerlendirebilir,
- 60 yaşından önce sigorta kapsamına alınmışsa bu hakkı verebilir,
- Son 3 yıl Tazminat/Prim ortalaması %80 'nin altında ise bu hakkı verebilir,
- “ÖBYG” hakkını kazanma tarihinden önce oluşan riskler için hastalık ek

primi ve/veya istisna uygulayarak bu hakkı verebilir,

- “ÖBYG” vermeyip her yenileme döneminde tekrar koşulları inceleyebilir. Bu inceleme sonucunda poliçeyi aynı koşullarla yenileyebilir, istisna ve/ veya hastalık ek primi uygulayarak yenileyebilir veya yenilememe kararı verebilir.

Sigortacı bu değerlendirmeyi yaparken sigortalının bu hakkın verildiği zamanda geçerli olan özel şartlar ile ömür boyu yenileme garantisine ilişkin bilgileri dikkate alır. Bu bilgiler ve değerlendirme şartları sonradan Sigortalı aleyhine değiştirilemez.

“Ömür Boyu Yenileme Garantisi” bulunan yenileme poliçelerine tazminat ek primi uygulanmaz.

Sigortalı/ sigorta ettiren talebi olmadıkça ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limitleri düşürülmez, sigortalı katılım payları arttırılmaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapılmaz.

Sigortalı/ sigorta ettirenin teminat değişiklik talebi veya meriyet talebi olmadığı sürece sigortalının bu hakkın verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından dolayı hastalık ek primi, istisnası uygulanmaz.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi, kişiye özel olup bu hakkı kazanmış sigortalıya aittir. Bu hakkı kazanan sigortalılar poliçede belirtilir. Poliçeye daha sonra giriş yapmış olan eş ve/ veya çocuk varsa 3 tam yılı tamamlayan ilk poliçe yenilemesinde “ÖBYG” değerlendirilir.

10. PRİM TESPİTİ

10.1 Tarife Prim

Primler sigortalıların yaşı, cinsiyeti, ikamet adresleri, ürün kapsamı, Sağlık Kurumları hizmet fiyatları, “SUT” değişiklikleri gibi kriterler çerçevesinde belirlenir.

Sigortacı, Tarife Primi’ni belirli aralıklarla portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak günceller.

“Sağlık Tarife Primi” ndeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla üç katıyla sınırlıdır.

Sigortacı’nın yenileme dönemleri itibarıyla, indirim ve/veya ek prim oranlarında, kriterlerinde makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

10.2 Hastalık Ek Primi

Sigortalının “Sağlık Tarife Primi”ne uygulanacak hastalık ek prim oranı hastalık başına %300’ü geçemez.

10.3 Hasarsızlık İndirimi / Hasar Ek Primi

Kesintisiz Bireysel Yenileme poliçelerinde indirim hakkı, sigortalının yürürlükteki poliçe döneminde “Tazminat”/“Sağlık Net Primi” (T/P) Oranı dikkate alınarak bulunur. Yeni iş ve transfer sigortalı yeni girişlere ve grup sigortalılarına indirim verilmez.

Tazminat Prim Oranı;

% 0 – %50 arasında ise %20 indirim

%51 - %70 arasında ise %15 indirim

%71 - %100 arasında ise %10 indirim

%101 -%130 arasında ise %5 indirim

Tazminat Prim Oranı;

% 131 – %200 arasında ise tarife primi

% 201 – %300 arasında ise %20 ek prim

%301– %400 arasında ise %30 ek prim

%401 – %500 arasında ise %40 ek prim

%501 ve üzerinde ise %50 ek prim

Poliçe yenilendikten sonra, bir önceki poliçe dönemine ait yapılacak tazminat ödemelerinin sigortalının tazminat / sağlık net prim oranını değiştirerek yenilenen poliçenin primini arttırması durumunda Sigortacı oluşacak fark primini, sigorta ettirenden zeyilname ile talep eder veya tahakkuk ettirilecek fark prim tutarını tazminat tutarından düşme hakkına sahiptir.

10.4 Aile İndirimi

Çekirdek aile tanımına uygun kişilerin aynı anda poliçe yapmaları durumunda %5 aile indirimi uygulanır.

10.5 Diğerleri

Sigortacı, belirli kurallar veya kampanyalar kapsamında uygulanan indirimleri veya indirim oranını değiştirme veya indirim uygulamadan kaldırma hakkına sahiptir.

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Sigortalı Giriş Değerlendirmesi

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden/ edecek kişiler sigortaya kabul edilebilirler. Herhangi bir nedenle sigortalılık sürecinin kesintiye uğraması halinde işbu poliçe Özel Şartları'nda yazılı kazanılmış haklar için Şirketimizin taahhütleri son bulur.

Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. Poliçede aksi belirtilmediği sürece aynı poliçe kapsamında sadece çekirdek aile yer alabilir. Çekirdek aile; anne, baba ve/ veya bekar (25 yaş altı) çocuklardan/evlatlıklar dahil ibarettir.

Doğum tarihinden itibaren 15 günü tamamlamış bebekler ve 71 yaşından gün almamış kişiler belirli bir ek prim ile sigortalanabilir. Bu üründen 71 yaşından önce sigortalanan kişilerin poliçeleri 70 yaşından sonra da devam ettirilebilir.

15 günlük -5 (dahil) yaş arası çocuklar en az bir ebeveynin de sigortalanması şartı ile poliçeye alınır. 6-17 yaş arası çocukların ebeveyni olmadan sigortalanma talepleri belirli bir ek prim ile sigorta ettiren'in 18 yaş üzeri şartı olması durumunda değerlendirilir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen tüm sigortalı giriş taleplerinde (eş, yeni doğan bebek, çocuk ve evlat edinilen (belgelenmesi durumunda) çocuklar dahil) poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak Sigortacı' nın hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır. Bu prim poliçenin ödemeleri tamamlanmış ise peşin olarak, tamamlanmamış poliçe kalan vade sayısına bölünerek tahsil edilir.

Poliçe başlangıç tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışında olup ayrıca sigortalılık süresi boyunca devam eden fakat poliçe başlangıç tarihinden önce mevcut olduğu tespit edilen hastalıklar için de istisna ve/veya ek prim uygulanabilir ve/veya poliçe iptal edilebilir.

Başvuru ve Bilgilendirme Formunun Değerlendirilmesi

Başvuru ve Bilgilendirme Formu' nun doldurulması poliçenin başladığı anlamına gelmemektedir. Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalının beyan yükümlülüğü kapsamında vermiş olduğu beyanları esas alarak, risk değerlendirme koşullarına göre inceleme yapar.

Bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı'nın teklif edilen poliçe kapsamını (Network, teminat gibi) değiştirme, istisna ve/ veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

Poliçe, Sigortacı'nın başvuruyu kabulü hâlinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Sigortalıların yenileme dönemlerinde ürün/teminatlarını değiştirme veya diğer sigorta şirketlerinden geçiş veya Türk Nippon Sigorta grup sağlık poliçelerinden çıkışı durumunda bireysel poliçede devam etme koşulları aşağıdaki gibidir.

12.1 Ürün/Teminat Değişiklik İşlemleri

Poliçenin yenilenmesinde, ürün ve teminatlarda değişiklik talepleri, poliçe bitiş tarihi itibarıyla 15 gün öncesinde veya poliçe bitiş tarihi itibarıyla 15 gün sonrasında değerlendirilir, talebin değerlendirilmesi için sigortalının 60 yaşından gün almamış olması gereklidir.

Sigortalı/ Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesindeki tercihlerini (ürün/ plan kapsamı, network gibi) genişletmek isteyebilir bu durumda, Sigortacı, sigortalının geçmiş

sigortalılık bilgileri ile gerekli görülen durumlarda sigortalıların sağlık beyanını isteyerek risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı' nın, poliçe kapsamını değiştirme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama ve gerekli gördüğü durumlarda tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

Sigortalı/Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesindeki tercihlerini daraltmak istemesi durumunda ise tekrar risk değerlendirmesi yapılmaz, varsa mevcut istisna ve/ veya hastalık ek primi devam edecek şekilde yeni poliçe düzenlenir.

12.2 Geçiş/Transfer İşlemleri

Sigortacı sigortalı adaylarının diğer sigorta şirketlerinde veya grup poliçesinde kazanılmış haklarının devamına, beyanları, geçmiş sigortalılık bilgileri, Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşulları, diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek Yeni Giriş İşlemleri maddesine göre karar verir.

Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçişler için aşağıdaki koşulların sağlanması koşulu ile mevcut kazanılmış hakların devamlılığı Sigortacı'nın onayına bağlıdır.

- Önceki sigorta şirketindeki poliçesine ait geçiş formunun Sigortacı'ya gönderilmiş olması gereklidir.
- Önceki sağlık poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde Sigortacı'ya başvuru yapılması ve teklifin/poliçenin onaylanması gereklidir.
- Önceki sağlık sigortasında en az bir tam yıl sigortalı olunmalıdır.
- Yeni giriş olarak 15 günlük – 70 (dahil) yaş aralığındaki kişiler başvuru yapabilir.

Türk Nippon Grup Sağlık Sigorta Poliçesinden Geçiş olması halinde aşağıdaki koşullar sağlanıyorsa mevcut sigortalılık hakları korunur. Bu koşullar sağlanıyorsa kazanılmış hakların devamlılığı Sigorta'cının onayına bağlıdır.

- Grup Sağlık Poliçe bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde tüm aile fertleri ile birlikte Sigortacı'ya başvuru yapılması ve teklifin/ poliçenin onaylanması gereklidir.
- Grup Sağlık poliçesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan bir sigortalı ise en yakın ürünün/planın tercih edilmesi halinde mevcut kazanılmış sigortalılık hakları korunarak Ömür Boyu Yenileme Garantili olarak poliçesi yeni tercih edilen ürünle devam ettirilir. Teminat artışı talep edilmesi durumunda koşullar yeniden değerlendirilir.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

Poliçenin iptal olması veya sigortalının poliçeden çıkması durumunda, Sigortacı' nın sigortalıya verdiği taahhütleri son bulur. İptal işleminin yapılabilmesi için sigorta ettiren tarafından düzenlenen ve içeriğinde imza, güncel tarih bulunan iptal beyanının sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir.

13.1 Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/ Sigortalının Talebi Sonucu İptal

Sigorta ettiren, sigorta priminin tamamını veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar, veya kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini, vade günü bitimine kadar, ödemediği takdirde temerrüde düşer.

Sigorta ettiren tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak, sigorta ettirene, sigortacılık ve diğer bağlı olunan ilgili yasal mevzuattan doğan yükümlülükler aykırı olmamak kaydı ile, iade edilir.

Sigorta ettiren ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmesi durumunda veya bu 30 günlük süreyi aşan tüm iptal taleplerinde, Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene, sigortacılık ve diğer bağlı olunan ilgili yasal mevzuattan doğan yükümlülükler aykırı olmamak kaydı ile, iade edilir.

İptal nedeniyle iade edilecek tutar, Sigortacı' nın hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır:

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene, sigortacılık ve diğer bağlı olunan ilgili yasal mevzuattan doğan yükümlülükler aykırı olmamak kaydı ile, iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı' nın hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene, sigortacılık ve diğer bağlı olunan ilgili yasal mevzuattan doğan yükümlülükler aykırı olmamak kaydı ile, iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı' nın hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen sigortalı çıkışı taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

13.2 Sigorta Süresi İçerisinde Vefat

Sigorta ettirenin, sigorta süresi içerisinde vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilebilir. Yazılı onayın alınmadığı veya sigorta ettirenin kanuni varislerinin poliçenin devamını kabul

etmediği durumlarda, "13.1" maddesinde belirtilen kurallar uygulanır. Bu kurallar uygulanırken sigorta ettiren olarak sigorta ettirenin kanuni varisleri kabul edilir.

Sigortalılardan birinin vefatı halinde, "13.1" maddesinde belirtilen kurallar uygulanır. Vefat eden sigortalıya ait ödenmemiş sağlık giderleri varsa ödenebilmesi için veraset ve vergiye ilişkin evrakların, sigortalının kanuni varisleri tarafından Sigortacı'ya iletilmesi gerekir.

13.3 Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler

Poliçe teminatları kapsamındaki tedaviler sırasında poliçenin Türk Nippon veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, sağlık giderine konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12:00'ye kadar olan bölümü eski poliçe teminatlarından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait sağlık giderleri ise yeni poliçe teminatlarından karşılanacaktır.

Türk Nippon veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmeyen veya ilgili hastalık için istisna uygulanan poliçede, bu tedaviler ile ilgili teminatın süresi poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

14. DİĞERLERİ

14.1 Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

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

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

14.2 Beyan Yükümlüğünün Yerine Getirilmemesi

Sigorta ettiren ve Sigortalı gerek ilk başvuru aşamasında gerekse sigortalılığı süresi içerisinde sağlık durumundaki bildiği ve bilmesi gereken tüm hususları ve değişiklikleri Sigortacı'ya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür.

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının, başvuru aşamasındaki beyanlarının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu

veya bilmesi gerektiği halde beyan etmediği mevcut hastalık/rahatsızlıklarının veya meslek değişikliğinin olması halinde poliçe, Sigortacı tarafından iptal edilebilir, bu hastalık ve/ veya rahatsızlıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya hastalık ek primi uygulanarak poliçe devam ettirilebilir. Sigortacı, bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı hastalık/rahatsızlıkları, tekrar teminat kapsamına almak üzere değerlendirmez.

Sigortalı olmayan kişilerin teminatlardan yararlanması, aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına sokulmasına yönelik suistimal girişimleri, yeni giriş işlemleri maddesinde belirtilen kriterlere uyulmaması ve bunlar benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin tespit edilmesi durumunda, kazanılmış sigortalılık haklarını ve sağlık gideri ödemelerini geri alma poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

14.3 Sigortalı/ Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Sözleşme süresi başladığı andan itibaren Sigortalı ve/veya Sigorta Ettirene bilgilendirme yapılması halinde Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır.

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede sigortalı olan kişilerden en az biri ile sigorta ettirene ait cep telefonu veya elektronik posta (e-mail) adresinden birinin iletilmiş olması gereklidir.

İletişim bilgileri teklif/poliçede yazılanın değişmesi veya eksik/ hatalı olması durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından Sigortacı'ya bildirim yapılması gerekmektedir.