

SAĞLIĞINIZ BİZDE 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 işlevlik 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 tazminattan 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 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.

Türk Nippon Müşteri Hizmetleri

Sigortalıların provizyon işlemleri, ambulans ve poliçede belirtilen asistans hizmetleri randevuları ile her türlü soru, istek, öneri ve şikayetlerini aktarabildikleri 444 8 867 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 poliçe 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 poliçe 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/transfer 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 işlemini 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.

- Suda boğulma
- Tecavüz
- Yüksekten düşme
- Ciddi iş 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
- 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 iltihabıdır)
- Renal kolik

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, hastanede yatmayı gerektiren cerrahi tedaviler ve 24 saatten fazla süren medikal tedaviler, yoğun bakım giderleri, standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçinin yemek ve oda giderleri, gününbirlik kemoterapi, radyoterapi, diyaliz tedavileri ve tedavinin planlanması, kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz sonrası kontrol tetkikleri ve bunların komplikasyonları ile ilgili giderler, yatarak küçük müdahale, koroner anjiyografi ile SUT kapsamında gününbirlik tedaviler kategorisinde belirtilen işlemler bu teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri yıllık 10.000 TL limit dahilinde ödenir.

Yatarak Tedavi kapsamında değerlendirilen işlemlerde Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında provizyon hizmetinden faydalanabilmek için işlem tarihinden en az 48 saat önce Provizyon Merkezi'nden onay alınması gerekir.

3.2. AYAKTA TEDAVİ

Yatış gerçekleşmeden yapılan doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, radyoloji, ileri tanı yöntemleri (MR, BT, Gastroskopi, kolonoskopi vb.) ile fizik tedavi giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Doktor muayenesi olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışındadır.

Ayakta tedavi teminatları SGK kuralı gereği tek başına kullanılamaz, doktor muayenesi ile kullanma zorunluluğu vardır. Poliçe dönemi içerisinde Ayakta tedavi teminatı yıllık 8 adet ile sınırlıdır. Ayakta tedavi teminatı doktor muayenesi ile başlayan ve muayene sonrası yapılması gereken tetkikler (laboratuvar, radyoloji, endoskopik işlemler, fizik tedaviler, ayakta küçük müdahaleler) tek kullanım olarak değerlendirilir ve yıllık adet limitinden düşer.

(Küçük müdahale teminatı kapsamına giren işlemler SGK ödeme prosedürüne göre değişkenlik gösterdiği için, ayakta veya yatarak değerlendirme de değişkenlik gösterebilir.)

4.BEKLEME SÜRELERİ

Yatarak Tedavi kapsamında yer alan tüm tedavi giderleri için 6 ay bekleme süresi mevcuttur.

Covid-19 tanılı kişilerin yatarak tedavi teminatı kapsamında talep edilen sağlık giderleri için (18 yaş üstü) Aşı Kartı talep edilecektir. Bu kapsamda Covid-19 tanısı almış (test pozitif) kişilerin, Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Bakanlığı ve yerel yönetimlerin tavsiye ettiği aşı ve ileride önerilebilecek tedavi yöntemlerine uygun hareket etmiş olmaları halinde, poliçelerinde aksi bir durum yok ise, Covid-19 ile ilgili muayene ve tetkik giderleri (PCR, antikor testleri, ve kart testi hariç) ile hastanede yatışı gerektiren giderleri poliçe teminat limitleri ve iştirak oranları dâhilinde 14 gün sonra ortaya çıkmış olması şartıyla değerlendirilecektir.

Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Bakanlığı ve yerel yönetimlerin tavsiye ettiği aşı ve tedavi yöntemlerine uygun hareket etmemiş ve Covid-19 tanısı alarak yatarak tedavi ihtiyacı duyulan kişilerin, yatarak tedavi giderleri ise Teminat Dışı Kalan Haller maddesi gereğince ödenmeyecektir.

5.TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

AŐađıda belirtilen durumlar, tedaviler ve giderler, Sağlık Sigortası Genel Őartları' nın 2. ve 3. Maddesine ek olarak sigorta teminatı dıŐında tutulmuŐtur. Sigortacı bunlardan dolayı yůkumlulůk altına giremez.

1. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı (iŐten ayrılma, prim ۆdenmemesi vb.) durumlarda meydana gelen sağlık giderleri,
2. SGK tarafından ۆdenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karŐılanma usulleri dışında kalan, anlaşmalı kurumlarla yapılan protokol kapsamında kullanılan malzemeler dışında SGK tarafından karŐılanmayan sağlık hizmetleri,
3. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aŐan ayakta tedavi giderleri ile; 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ۆdemekle yůkumlulů oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluŐacak sağlık giderleri,
4. Her tůrlů diŐ tedavisi, diŐ eti, çene kemiđi, çene eklemi ve ađız çene cerrahisine yۆnelik muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her tůrlů giderler,
5. Gۆzlük cam, çerçevesi, her tůrlů kontakt lens giderleri, lens solůsyonları giderleri ile gۆzdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile ŐaŐılık, gۆrme tembelliđi ve bunlarla ilgili giderler,
6. Ayakta tedavi teminatındaki her tůrlů ilaç masrafları, aŐı giderleri, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontras maddeler, malzeme masrafları, yurtdıŐında gerçekteŐen ve getirtilecek olan ilaç masrafları ile her tůrlů sađlık gideri, ortopedik ayakkabı, tabanlık, koltuk deđneđi, boyunluk, tekerlekli sandalye, korseler, buz kesesi v.b.her tůrlů diđer ortopedik destekleyicilere ait giderler, iŐitme cihazı, Őeker stripleri ve Őeker ۆlçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ۆrůn ve ilaçlar vb.
7. Gůndelik iŐ gۆrememe, yol, gůndelik bakım, rehabilitasyon, herhangi bir hastalık/ rahatsızlık olmadan kontrol amaçlı yapılan tetkikler, check up, ikinci refakatçi ۆcretleri, lůks ve suit oda farkları vb. ۆzel harcamalar,
8. Sosyal Gůvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi tůp bebek, hamilelik ve Dođum ile ilgili tům tetkik ve tedaviler (follikul takibi, histerosalpingografi, spermioqram, adhezyolizis, suni dۆllenme, tůp bebek, dűŐuk araŐtırması, embriyo redůksiyonu vb.) kiŐi cinsel fonksiyon bozuklukları, sůnnet ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet deđiŐtirme ameliyatları ve bu ameliyat ۆncesi ve sonrasında yapılan tům hormonal tedavi giderleri kapsam dıŐıdır.
9. Sebep ne olursa olsun her tůrlů Bariatrik Cerrahi yۆntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tůpů, mide kelepçesi, mide kůçůltme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejunu-ileostomi, barsak kısaltılması vb.)
10. Důnya Sađlık ۆrgůtů veya Sađlık Bakanlıđı tarafından ilan edilmiŐ bulunan salgın hastalıklara (kolera, sıtma, kuŐ gribi, domuz gribi vb.) ait sađlık giderleri,

11. Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme vb.), estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi, jinekomasti; polipe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar,
12. 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.
13. Anlaşmasız Ambulans ücretleri (şehir içi ve şehir dışı dahil)
14. 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 geriatric hastalıklar, 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.
15. 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,
16. Sağlık hizmeti ile direk ilgisi olmayan (telefon, ulaşım, konaklama, ilaç gümrük bedelleri gibi) her türlü gider, sağlık kurumu tanımına uyan veya uymayan her türlü merkezlerde özel hemşire, yardımcı sağlık personeli (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı gibi)
17. 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,
18. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri ile genital veya anal bölgede oluşan herpes, papillamatöz lezyonlar (siğiller, kondolima akkümünata vb) ve molluscum contagiosum muayene, tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler.
19. Fimozis başta olmak üzere her türlü nedenle uygulanacak sünnet kapsam dışındadır.
20. Anoreksia nervroza/bulimiaya ilişkin tanı tedavi, komplikasyon ve kontrol ile ilgili her türlü harcamalar,
21. Her türlü adli olayda (trafik kazaları dahil) adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, savcılık takipsizlik kararı trafik kazası tespit tutanağı, kullandığı araç sınıfına uygun ehliyet örneği) olmaksızın talep edilen sağlık harcamaları,

22. Her türlü havacılık (delta kanat, planör, paraşüt ile atlama yamaç paraşütü, gökyüzü kayağı vb.) dalgiçlık, yüksekten atlama, bungee jumping, dağcılık, tırmanma, binicilik, dövüş ve savunma sporları, motosiklet ve otomobil sporları, dağ bisikleti v.b. tehlikeli sporlar, sürat ve mükavemet yarışları, tüm profesyonel veya lisanslı olarak yapılan sporlar, sporcu, eğitmen veya hakem olarak her türlü müsabaka ve/veya antrenmana katılım sırasında ve bunlara bağlı meydana gelebilecek hastalık ve sakatlık ile kurye ve dağıtım amaçlı motosiklet kullanımları sırasında meydana gelebilecek tüm sağlık harcamaları, her türlü eğlence ve spor merkezlerinde yaş ve tıbbi risklerin dikkate alınmamasından doğacak harcamalar,
23. Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tedavi veya her türlü cerrahi müdahaledeki hataları sonucunda doğan harcamalar,
24. Meslek hastalıkları, asbestozis, silikozis, silikotuberkülozis hastalıkları, işyerinde bulunan asbest, alüminyum, cıva, kadmiyum, kurşun, kromiyum, manganez, arsenik, fosfor, berilyum, vanadium, talium, ağır metal, nikel, talaş, kimyasal maddeler, işyeri ortamında bulundurulan virüs ve benzeri biyolojik canlılar, işyerinde maruz kalınan radyasyon ve mekanik ajanların etkisi ile ortaya çıktığı rapor edilen hastalıklar, askerlik görevi sırasında meydana gelen bir olay ve kazaya dayanan rahatsızlık/hastalıklar,
25. 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, polie 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.

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;

Poliçede tercih edilen Network dışında 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, reçete, 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.

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 otomatik 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 verilmemektedir.

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/ek prim uygulanmaz.

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

10.4 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 81 yaşından gün almamış kişiler sigortalanabilir. Bu üründen 80 yaşından önce sigortalanan kişilerin poliçeleri 81 yaşından sonra da devam ettirilebilir.

15 günlük -17 (dahil) yaş arası çocuklar ek prim ile tek başına sigortalanabilir. En az bir ebeveyni ile sigortalanırsa ek prim alınmaz.

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.

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 80 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, 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.

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 mevcut kazanılmış hakların devamlılığı sağlanmamaktadır.

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

- Sağlık Poliçe bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde tüm aile fertleri ile birlikte Sigortacı' ya başvuru yapılması ve teklifin/ poliçenin onaylanması gereklidir.

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, Sigortacının 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

Polİçe 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 Bakanlığında, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

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 (email) 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.