

**ANA SİGORTA ANONİM ŞİRKETİ**  
**TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI**  
**ÖZEL ŞARTLARI**

**İÇİNDEKİLER**

İÇİNDEKİLER .....	1
1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI .....	2
2. TANIMLAR.....	2
3. TEMİNATLAR .....	6
3.1.YATARAK TEDAVİ .....	6
3.2.AYAKTA TEDAVİ .....	7
3.3.İLAVE TEMİNATLAR VE HİZMETLER.....	7
3.3.1.Diş Tedavi Paketi:.....	7
3.3.2.Küba Kanser Tedavisi Destek Paketi .....	8
3.3.3.Check-up Teminatı: .....	9
3.3.4 Online Diyetisyen, Psikolojik Destek ve Görüntülü Doktor Teminatı:.....	10
4. BEKLEME SÜRELERİ .....	10
5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER .....	11
6. COĞRAFİ KAPSAM.....	13
7. PRİMİN TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER .....	13
8. SİGORTAYA KABUL VE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ.....	14
9. UYGULAMA ESASLARI.....	15
10. TAZMİNAT ÖDEMELERİ .....	15
11. RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME.....	15
12. POLİÇE YENİLEMESİ, KAZANILMIŞ HAKLAR ve YENİLEME GARANTİSİ .....	15
13. PRİMİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN TALEBİ SONUCU İPTAL.....	16

## 1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI

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

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

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

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

Prim tahsilatı, peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır. Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmeden sigortacının sorumluluğu başlamaz.

## 2. TANIMLAR

**Poliçe:** Sigortalanan kişi veya kişilere ait belirleyici bilgileri, sigortalının başlangıç ve bitiş tarihlerini, ödenecek prim ve teminat tutarlarını içeren, sigortacı ile sigorta ettiren arasında yapılan sözleşmesinin yazılı belgesini ifade eder.

**Poliçe Başlangıç Tarihi:** Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların ilk kez veya varsa müteakip kez yinelenmesinde yürürlüğe girdiği tarihtir. Poliçe belirtilen tarihte Türkiye saati ile öğlen 12.00'da yürürlüğe girer.

**Poliçe Bitiş Tarihi:** Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların sona erdiği tarihtir. Poliçe, belirtilen tarihte Türkiye saati ile öğlen 12.00'da sona erer.

**Poliçe Tanzim Tarihi:** Poliçenin düzenlendiği tarihtir.

**Poliçe Özel Şartları:** Poliçeye ait ve ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, Sağlık Sigortası

Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde belirtilen hükümlerin sigorta ettiren /sigortalı aleyhine hükümler içermeyen, sigortacı tarafından hazırlanmış özel şartlardır.

**Sağlık Sigortası Genel Şartları:** Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Sağlık Sigortası Genel Şartları [www.tsb.org.tr](http://www.tsb.org.tr) sitesinde güncel olarak yer almaktadır.

**Bilgilendirme Formu:** Sigortalı adayına ait bilgileri ve seçilen teminat limitini, prim ödeme planını içeren ve gerek sözleşmenin müzakeresi gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin devamı sırasında ortaya çıkabilecek ve sözleşmenin işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen sigortacı tarafından verilen bilgileri içeren ve sigorta ettiren/sigortalı tarafından imzalanması gereken forma Bilgilendirme Formu denir. Bu formun doldurulması sözleşme ilişkisinin başladığı anlamına gelmemekte olup, sigortacının değerlendirmesi sonucu kabulü hâlinde primin (veya peşinatın) tahsili ile poliçe tanzim edilir.

**Teklifname Formu:** Sigortalı adayına ait bilgileri, istenen teminatları ve prim ödeme planını içeren, sigorta ettiren veya sigortalı tarafından imzalanan, teklif niteliğindeki belgeyi ifade eder.

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

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

**Sigortalı / Sigortalılar:** Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan poliçede ismi yazılı kişi/kişilerdir.

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

Anlaşmalı kurumların listesi, [www.anasigorta.com.tr](http://www.anasigorta.com.tr) adresli web sayfasında güncel hali ile sunulmaktadır. Sigorta şirketinin anlaşmalı kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

**Anlaşmasız Kurum:** ŞİRKET ile özel anlaşması bulunmayan ve anlaşmalı kurum listesinde yer almayan sağlık kurumlarıdır.

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

**Prim:** Sigortacının sözleşme ile sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar kapsamında

tazminat ödemesi yapmak üzere sigorta ettirenden aldığı ücrettir.

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

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

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

**Limit:** Sigortacının bu Sigorta Poliçesinin şartları içerisinde istisna, bekleme süresi, limit ve muafiyet dışında üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamını ifade eder. Sigortalının belirtilen teminatından, sigorta poliçesi dönemi süresince kullanabileceği azami gider toplamıdır.

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

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

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

**Provizyon Onayı:** Şirket’in Anlaşmalı sağlık kurumlarına, poliçe özel şartlarında belirtilen esaslar doğrultusunda sigortalı lehine verdiği sağlık giderleri ödeme taahhüdüdür.

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

**Konjenital Hastalık:** Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ)

bozukluklardır. Bazı durumlarda şikâyetler ilerleyen yaşlarda görülebilmektedir.

**Kronik Hastalık:** Tamamen geçmesi mümkün olmayan süregelen ya da uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hastalıklardır.

**Muaccel :** Primin ve/veya tazminatın talep edilebilir hâle gelmiş olması.

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

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

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

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

**Teminat:** Sigortacının sigortalıya, rizikonun gerçekleşmesi halinde sigorta poliçesi özel ve genel şartları çerçevesinde taahhüt ettiği güvenceyi ifade eder.

**Vergi İndirimi:** 193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 63. ve 89. maddeleri gereğince; mükellefin şahsı, eşi ve küçük çocukları için ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primleri vergi indirimi kapsamındadır.

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

Söz konusu kanundan yararlanabilmek için;

1) Bordro ile ücret alıyor iseniz, çalıştığınız işyerinde muhasebe servisine Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzunu vermeniz,

2) Serbest çalışıyor iseniz, Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzundaki prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtmeniz yeterlidir. (Prim ödeyenin adı/soyadı, ödemenin ait olduğu dönem, ödenen prim, ödeme yapılan sigorta şirketinin ünvanı ve ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu, otomatik para çekme makinası makbuzu ve kredi kartı ekstreleri makbuz yerine geçmektedir.)

### 3. TEMİNATLAR

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

Tedavinin acil olup olmamasına, kurumun anlaşmalı veya anlaşmasız olmasına bakılmaksızın anlaşmasız (kadrolu olmayan doktor, SGK anlaşması bulunmayan) doktor tarafından yapılacak işlemler için doktor ücreti bu poliçe kapsamında ödenmez. İş bu poliçede belirtilen anlaşmalı kurumlar üzerinde ŞİRKET' in değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır. Listenin güncel hali [www.anasigorta.com.tr](http://www.anasigorta.com.tr) adresinde yer almaktadır.

#### 3.1.YATARAK TEDAVİ

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

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

Hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporu ile belgelenerek Sigortacının onay vermesi koşulu ile poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesi doğrultusunda bu teminat kapsamında karşılanır. Poliçe döneminde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçla 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 terliğinden ibaret tıbbi malzemeler ile yanık ve yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu kapsamda değerlendirilmektedir. Anlaşmalı kurum bulunmayan illerde SGK kullanılarak gerçekleşen sağlık gideri fark ücretleri poliçe özel ve genel şartlarına uygun olması şartı ile teminat limit ve ödeme oranı doğrultusunda 1 SUT ile limitli olarak ödenecektir.

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

Sigortalının yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten doktoru tarafından evde uygulanması istenen tıbbi tedavi planının, sigortalının hastaneden taburcu olurken Sigortacı tarafından onaylanması koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi evde bakım hizmet giderleri ve doktor raporuyla gerekliliği belirtilmiş tıbbi cihaz kiralama giderleri poliçede yer alan Evde Bakım Teminatı limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Bu teminat sadece bu teminat için tanımlanmış anlaşmalı kurumlarda geçerlidir.

### **3.2.AYAKTA TEDAVİ**

Ayakta tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi teminatlarından oluşur. Ayakta tedavi giderleri poliçede ilgili teminatın seçilmesi kaydı ile poliçede belirtilen adet limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Doktor muayene ile vaka takip numarası ilişkisi olmadan gerçekleşen tahlil, röntgen, ileri tanı yöntemleri kapsam dışındadır.

Bu teminatın kullanılabilmesi için; sigortalının anlaşmalı kurum listesinde yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması; ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir. Fizik tedavi, ayakta ya da yatarak yapılmasına bakılmaksızın yıllık 30 (otuz) seans ile bu teminat kapsamında karşılanır.

1 Adet Ayakta Tedavili Planın tercih edilmesi durumunda Fizik Tedavi işlemleri kapsam dışıdır.

### **3.3.İLAVE TEMİNATLAR VE HİZMETLER**

Poliçe teminat tablosunda yer alması durumunda aşağıdaki hizmetler kapsam dahilindedir.

#### **3.3.1. Dış Tedavi Paketi:**

Dış hekim muayenesi, detertraj (Dış taşı temizliği –Alt ve üst çene), Dış röntgen filmi (Periapikal-Tek diş) poliçe sahiplerine yıllık 1 defaya mahsus olmak üzere ücretsiz olarak sağlanmaktadır.

Hizmetten yararlanmak için mesai saatlerinde (09:00-17:30 arası) 0(850) 460 62 62 numaralı Müşteri İletişim Merkezimizi arayarak önce 6 sonra 4 tuşlayarak, ya da 0(212) 285 25 25 numaralı Ana Sigorta Destek Hizmetleri Hattını aramanız gerekmektedir. Öncelikle sizden talep edilecek bilgiler ile sistemde yer alan bilgiler (isim, soy isim, poliçe no veya

TCKN) sorgulanıp hizmet hakkınız olup olmadığı kontrol edilir. Bilgi doğrulama sonrası anlaşmalı kurumlar içinde size uygun ve mutabık kalınan hastane randevusu için gün seçilip gerekli organizasyon adınıza yapılır. Sadece bulunduğunuz yerde değil farklı illerde ve farklı tarihlerde hizmet alma imkanınız vardır. Hizmet hakkını sadece poliçe sahipleri kullanabilir ve hakkın ikinci bir kişiye devri mümkün değildir. Mücbir bir sebep olmadan veya randevudan 24 saat öncesine kadar değişiklik isteğinde bulunulmayan talepler kullanılmış sayılacaktır.

Gelişim çağındaki çocuklarda hangi işlemlerin tıbben uygulanabilir olduğu, hekimin onayına bağlıdır.

### **3.3.2. Küba Kanser Tedavisi Destek Paketi**

İş bu poliçe kapsamında sigortalılarımızın kanser tedavisine destek olarak sunulan bir hizmet olup, bu hizmetten poliçe düzenleme tarihinden itibaren 45 günlük bekleme süresi sonrasında faydalanılabilir.

İletişim no: 0212 709 0202

#### **Sigortalının Kabulüne İlişkin Sunulacak Destek Hizmetleri:**

- Küba hastanelerinin istediği formatta hastadan alınacak İngilizce tüm tıbbi ve kişisel evrak dosya haline getirilmesi,
- Hastanın durumunun uçuş için uygun olup olmadığı da kontrol edilmesi,
- Sigortalının tıbbi dosyalarının Küba'daki personelimiz tarafından ilgili sağlık kuruluşuna iletilmesi faaliyetlerini kapsar.

#### **Sigortalının Kabulü Sonrasına İlişkin Destek Hizmetleri:**

Sigortalının Küba'daki hastaneler tarafından kabulü öncesi ve kabulü sonrası sağlanacak hizmetlerin içeriğine ilişkin ayrıntılar aşağıdaki gibidir.

- Sigortalının Küba'daki havaalanında karşılanması dahil tüm rehberlik ve tercümanlık hizmetleri,
- Sigortalının havaalanından alınarak önceden organizasyonu yapılmış ev veya otele transfer edilmesi,
- Tedavi süresi boyunca sigortalının tıbbi dosyasının hazırlanması ve bilgilendirilmesi hizmetlerini kapsar.

#### **Sağlanacak Ücretsiz Hizmetler:**

Küba Kanser Destek Tedavisi Destek paketi ile ilgili olarak sigortalı tarafından karşılanacak masraflar aşağıda özetlenmiştir.

- Başvuru ve evrak takip işlemleri

- Transfer hizmetleri
- Küba'da rehberlik ve tercümanlık hizmetleri
- Danışmanlık hizmetleri
- Uçuş uygunluk kontrolü
- Muayane ve tedavi için randevu hizmetleri

### **Sigortalı Tarafından Karşılancak Masraflar:**

- Tıbbi raporların İngilizceye tercümesi
- Uçak bileti
- Hastane masrafları
- İlaç masrafları
- Ev ve otel masrafları
- Yiyecek ve özel ihtiyaçlarla ilgili masraflar

### **3.3.3. Check-up Teminatı:**

Ana Sigorta'nın **sadece bu teminata özel olarak anlaşmalı olduğu sağlık kurumlarında** yılda bir kere gerçekleştirilecek olan standart check-up hizmeti olup elden ödeme uygulaması bulunmamaktadır.

Hizmetten yararlanmak için mesai saatlerinde (09:00-17:30 arası) 0(850) 460 62 62 numaralı Müşteri İletişim Merkezimizi arayarak önce 6 sonra 3 tuşlayarak, ya da 0(212) 705 02 17 numaralı Ana Sigorta Destek Hizmetleri Hattını aramanız gerekmektedir. Öncelikle sizden talep edilecek bilgiler ile sistemde yer alan bilgiler (isim, soy isim, poliçe no veya TCKN) sorgulanıp hizmet hakkınız olup olmadığı kontrol edilir. Bilgi doğrulama sonrası anlaşmalı kurumlar içinde size uygun ve mutabık kalınan hastane randevusu için gün seçilip gerekli organizasyon adınıza yapılır. Sadece bulunduğunuz yerde değil farklı illerde ve farklı tarihlerde hizmet alma imkanınız vardır. Hizmet hakkını sadece poliçe sahipleri kullanabilir ve hakkın ikinci bir kişiye devri mümkün değildir. Mücbir bir sebep olmadan veya randevudan 24 saat öncesine kadar değişiklik isteğinde bulunulmayan talepler kullanılmış sayılacaktır.

Gelişim çağındaki çocuklarda hangi işlemlerin tıbben uygulanabilir olduğu, hekimin onayına bağlıdır.

- **Doktor Değerlendirme:** Hekim tarafından sonuçların değerlendirilmesi
- **Akciğer Grafisi Tek Yönlü:** Akciğer, kalp ve komşu organ hastalıkları tarama testi.
- **EKG:** Koroner damar hastalıkları ile kalp ritim bozukluklarını tespit etme ve izleme testi.
- **Tam Kan Sayımı (18 Parametre):** Kan hastalıkları ile diğer doku ve organ hastalıklarını araştırma ve izleme testi.
- **Tam İdrar Testi:** Böbrek, mesane ve idrar yolları hastalıklarının araştırılması testi.
- **Sedimentasyon:** Enfeksiyon hastalıkları ve romatizmal hastalıklar başta

olmak üzere non-spesifik tanı testi.

- **Açlık Kan Şekeri:** Şeker hastalığı tanı testi.
- **Total Kolesterol:** Koroner damar hastalıklarının risk değerlendirme testi

### 3.3.4 Online Diyetisyen, Psikolojik Destek ve Görüntülü Doktor Teminatı:

Sigortalılarımızın 3 kez online Doktor, 3 kez online psikolog ve 3 kez online diyetisyen hakkı olup bu hizmetler sigortalı başına toplam 3 kez olacak şekilde kullanılabilir.

Hizmetten yararlanmak için mesai saatlerinde (09:00-17:30 arası) 0(850) 460 62 62 numaralı Müşteri İletişim Merkezimizi arayarak önce 6 sonra 3 tuşlayarak ya da 0(212) 705 02 17 numaralı Ana Sigorta Destek Hizmetleri Hattını aramanız gerekmektedir. Öncelikle sizden talep edilecek bilgiler ile sistemde yer alan bilgiler (isim, soy isim, poliçe no veya TCKN) sorgulanıp hizmet hakkınız olup olmadığı kontrol edilir. Bilgi doğrulama sonrası size uygun ve mutabık kalınan şekilde randevu oluşturulacaktır. Randevu görüşmesinde tüm süreç sigortalıya bildirilip uygunluğu alındıktan sonra randevu organizasyonu sağlanacaktır. Hizmet hakkını sadece poliçe sahipleri kullanabilir ve hakkın ikinci bir kişiye devri mümkün değildir. Mücbir bir sebep olmadan veya randevudan 24 saat öncesine kadar değişiklik isteğinde bulunulmayan talepler kullanılmış sayılacaktır.

## 4. BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlarla ilgili müdahale ve yatarak tetkik/tedavi giderleri ile tüm fizik tedavi giderleri rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın, sigorta başlangıç tarihinden itibaren **3 ay süre** ile kapsam dışındadır.

1. Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, üriner sistemin taşı hastalıkları, prostat hastalıkları, varikosel,
2. Her türlü disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri, endoskopik işlemler,
3. Her türlü fıtık (kasık fıtığı, mide fıtığı vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları, katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları, pilonidal sinüs, tonsillit , geniz eti, sinüzit ve orta kulak cerrahisi,
4. Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri ( rahim sarkması), varis (özefagus varisleri dahil), hidrosel, spermatosel,
5. Organ yetmezlikleri, organ nakilleri.
6. Her türlü kronik hastalıklar (hipertansiyon, diyabet, KOAH, astım vb.), tüm ramotolojik ve otoimmün hastalıklar (multiple skleroz,romatoid artrit vb.), inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit,crohn vb.), epilepsi, sarkoidoz tanı ve tedavilerine yönelik girişimler.

## 5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

AŞağıda belirtilen durumlar, tedaviler ve giderler, Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 2. ve 3. Maddesine ek olarak sigorta teminatı dışında tutulmuŐtur. Sigortacı bunlardan dolayı y¼k¼ml¼l¼k altına giremez.

1. Beyan edilmiŐ dahi olsa, sigortalının poliçe başlangıç tarihinden ¼nce var olan Őik¼yet ve hastalıkları ile ilgili her t¼rl¼ sağlık giderleri, bunlara bağlı n¼ks ve komplikasyonları,
2. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı (işten ayrılma, prim ¼denmemesi vb.) durumlarda meydana gelen sağlık giderleri,
3. SGK tarafından ¼denmesine 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,
4. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri ile 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ¼demekle y¼k¼ml¼ oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları
5. Evlilik, iŐe başlama, spora başlama vb) i¼in oluşacak sağlık giderleri,
6. Anlaşmasız Ambulans ¼cretleri (Őehir i¼i ve Őehir dışı dahil)
7. Her t¼rl¼ diş tedavisi, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine y¼nelik muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her t¼rl¼ giderler,
8. G¼zl¼k cam, çerçevesi, her t¼rl¼ kontakt lens giderleri, lens sol¼syonları giderleri ile g¼zdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile ŐaŐılık, g¼rme tembelliği ve bunlarla ilgili giderler,
9. Ayakta tedavi teminatındaki her t¼rl¼ ilaç masrafları, aŐı giderleri, tetkikler i¼in kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, tıbbi malzeme tanımı dışındaki yardımcı malzemeler, enjekt¼r, itriyat, hidrofil, pamuk, alkol ve kolonyalar, termofor, cilt sabunları, diş macunları vb. malzeme masrafları, yurtdıŐında gerçekteŐen ve getirtilecek olan ilaç masrafları ile her t¼rl¼ sağlık gideri, iŐitme cihazı, Şeker stripleri ve Şeker ¼lç¼m cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ¼r¼n ve ilaçlar vb .
10. G¼ndelik iş g¼rememe, yol, g¼ndelik bakım, rehabilitasyon, check up, ikinci refakatçi ¼cretleri, l¼ks ve suit oda farkları vb. ¼zel harcamalar,
11. Sosyal G¼venlik Kurumu tarafından onaylansa dahi t¼p bebek, kısırlık tanı ve tedavisi, yardımcı ¼reme teknikleri ile ilgili t¼m tetkik ve tedaviler (follik¼l takibi, histerosalpingografi, spermioqram, adhezyolizis, suni d¼llenme, t¼p bebek, d¼Ő¼k araŐtırması, embriyo red¼ksiyonu vb.) kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), isteğe bağlı k¼rtaj, kısırlaŐtırma, doğum kontrol y¼ntemleri, cinsiyet deđiŐtirme ameliyatları ve bu ameliyat ¼ncesi ve sonrasında yapılan t¼m hormonal tedavi giderleri, tedavi amaçlı olsa dahi her t¼rl¼ s¼nnet (fimosiz dahil)
12. D¼nya Sağlık ¼rg¼t¼ veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiŐ bulunan salgın hastalıklara (kolera, sıtma, kuŐ gribi, domuz gribi vb.) ait sağlık giderleri,
13. Her t¼rl¼ estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun k¼ç¼ltme, rinoplasti, yağ aldırma, meme k¼ç¼ltme vb.), estetik amaçlı her t¼rl¼ giriŐim, estetik amaçlı aŐı, enjeksiyon ve tedaviler; kozmetik amaçlı tedaviler, alopesi (saç d¼k¼lmesi), saç ekimi, hirsutizm (kılınma),terleme tedavisi, jinekomasti; poliçe ¼ncesi d¼nemde ortaya çıkmıŐ d¼Őme,

travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar,

14. 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,
15. 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,
16. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri, her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık ve geriatrik hastalıklar,
17. 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,
18. 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,
19. Gebelikle ilgili her türlü sağlık gideri, doğum gideri ve yeni doğan bebek masrafları,
20. Sebebi ne olursa olsun her türlü bariatrik cerrahi yöntemleri (gastrik by-pass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, jejuno-ileostomi, barsak kısaltılması vb)
21. Omurga şekil bozuklukları ile ilgili giderler (kifos, skolyoz vb.), ameliyat nedenine bakılmaksızın nasal septum ve buruna ait her türlü yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, konka, nasal valv cerrahisi vb.)
22. Tanısı ileri yaşta ve poliçe döneminde konsa bile doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar)
23. Bir poliçe döneminde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri ve suni uzuv için poliçede belirtilen limiti aşan giderler,
24. Anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen ayakta tedavi giderleri (doktor muayene, tetkik, fizik tedavi vb),
25. Obesite ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri, diyetisyen ile ilgili tüm giderler,
  - HIV virüsüne bağlı hastalıklar (AIDS) ve zührevi hastalıklar ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
26. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi) 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
27. Sağlık hizmeti ile ilgili olmayan (telefon, ulaşım, konaklama vb.) her türlü giderler,

28. Uyku apnesi ve horlama ile ilgili her türlü giderler,
29. Ses ve konuşma terapileri,
30. Belli bir hastalık veya hastalık şüphesi olmadan yapılan kontrol amaçlı inceleme ve tetkikler, koruyucu tıbbi hizmetler,
31. Anlaşma harici kurumda SGK kullanılarak gerçekleştirilen sağlık giderlerinde; Genel Sağlık Sigortası'nda ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri maddesinde belirtilen sağlık hizmetlerine ait giderler ile hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil durumlar dışındaki SGK fark ücretleri,
32. SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastanelerde gerçekleşen ve/veya SGK ile anlaşmalı olan ancak ilgili branşta anlaşması olmayan kurumda bu branşa ait gerçekleşen sağlık giderleri,
33. "Doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,

## 6. COĞRAFİ KAPSAM

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

## 7. PRİMİN TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

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

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

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

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

Poliçe sonunda poliçe kapsamındaki sigortalılara o yıl içinde ödenen tazminat/prim oranının aşağıdaki belirtilen oranlarda olması ve sigorta sözleşmesinin kesintisiz olarak yenilenmesi halinde hasarsızlık indirimi ve kullanım ek primi yeni sözleşme primlerine uygulanacaktır. Ancak poliçe yenileme aşamasından sonra sigortalının tazminat talebinde bulunması ve poliçenin tazminat/prim oranının değişmesi halinde, sigortacı oluşacak fark primi sigorta ettiren/sigortalıdan zeyilname ile talep eder.

## Hasarsızlık İndirimi;

Tazminat/Prim	İndirim Oranı
%0-25	: %10
%26-50	: %5
%51 ve üzeri	: %0

Kullanıma bağlı uygulanacak ek prim oranları aşağıda gösterildiği şekildedir.

Tazminat/Prim	Kullanıma Bağlı Uygulanacak Ek Prim Oranı
%101- %200	: %100
%201 -%300	: %200
%301 ve üstü	: %300

## 8. SİGORTAYA KABUL VE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

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

Yeni doğan bebekler doğum tarihi itibarıyla 15.gün risk analizi değerlendirmesi yapılarak sigorta ettirenin 18 yaşından büyük ve aynı poliçede sigortalı olması durumunda aile poliçesine eklenerek sigortalanır. 0-24 yaş arası çocuklar, aile ile birlikte sigortalanabilir. Aynı poliçe kapsamında aile olarak sadece anne, baba ve/veya bekar çocuklar yer alabilir. Bu sigorta, 15 günü tamamlamış sağlıklı bebekler ve 60 yaşından gün almamış küçük kişileri teminat altına alır. ANA SİGORTA A.Ş. Tamamlayıcı Sağlık Talep edilmesi durumunda, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş çocukları SGK kabul kriterleri baz alınarak sigorta teminatına dâhil edilebilirler.

Bu ürüne poliçe başlangıç tarihinden itibaren 30 gün içinde eklenmeyen eş ve/veya çocukların poliçeye eklenmesi talepleri kabul edilmez.

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

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

uygulanabilir.

## 9. UYGULAMA ESASLARI

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

## 10. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

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

Sigortalının bulunduğu ilde anlaşmalı kurum bulunmaması nedeniyle ve/veya hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil durumlarda anlaşma harici kurumda SGK kullanarak gerçekleşen ve Genel Sağlık Sigortası'nda ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri dışındaki poliçe kapsamındaki yatarak tedavi giderleri 1 SUT ile sınırlı olmak kaydı ile sonradan ödeme kapsamındadır. Sonradan ödeme kapsamına giren sağlık giderlerinin geri ödemesi; değerlendirme yapılabilmesi için gereken tüm belge ve bilgilerin eksiksiz iletilmesini takiben **10 gün** içinde sigortalı/sigorta ettirenin yazılı olarak iletileceği banka hesabına (iban) havale yapılır.

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği ANA SİGORTA AŞ 6102 sayılı Türk Ticaret Kanununun ilgili maddeleri uyarınca uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanabilmesi için sigortalı, ANA SİGORTA AŞ'ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür.

## 11. RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME

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

## 12. POLİÇE YENİLEMESİ, KAZANILMIŞ HAKLAR ve YENİLEME GARANTİSİ

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

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

ANA SİGORTA AŞ'de, kesintisiz olarak 3 yıl aynı planda sigortalılık süresini doldurmuş, ilk kez 55 yaşından önce poliçe kapsamına alınmış sigortalılar risk analizi değerlendirmesine tabi tutulur. Yapılan değerlendirme sonucu sağlık durumu uygun bulunan sigortalılar, ANA SİGORTA AŞ tarafından belirlenecek şartlar dahilinde "Yenileme Garantisi" hakkı kazanırlar. Değerlendirme için sigortalılardan tetkik sonucu, medikal rapor vb. belge ve bilgi talep edilebilir. Bu değerlendirme her sigortalı için ayrı ayrı yapılır.

Ana Sigorta'da bulunan grup sağlık sigortasından ayrılma sebebi işten ayrılma, emekli olma ve boşanma olup bu durumu belgelenen ve grup sağlık sigorta poliçesi kapsamında yenileme garantisi koşullarını sağlayarak bu hakkı elde eden kişilerin, Yenileme Garantisi hakkı, gruptan ayrılma tarihlerini takiben 30 gün içerisinde bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası satın almaları şartıyla devam edecektir. Grubun Ana Sigorta'da yenilenmemesi durumunda, ilgili grupta yenileme garantisi olan kişiler açısından bireysel sağlık sigortasına geçiş taleplerinde Ana Sigorta'nın risk değerlendirme yapma, geçiş almama hakları saklıdır.

Yenileme Garantisi bireye özel olarak verilir. Aile bireyleriyle birlikte sağlık sigortası kapsamında olan kişi / kişilerden birisine yenileme garantisi verilmesi, poliçedeki diğer aile bireyelerine de yenileme garantisi verildiği anlamına gelmez.

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

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

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

### **13. PRİMİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN TALEBİ SONUCU İPTAL**

Sigorta ettiren, sigorta primini peşin veya taksitle ödeme kararlaştırdıktan sonra; peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Aynı şekilde sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ödeme planındaki prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde poliçe temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi hâlinde Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır. Sigortalının/sigorta ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigorta ettirene iade edilir. İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir. İptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, sigortacının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır.

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.

Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hâle gelir. Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen birey çıkışı (eş, çocuk) taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

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

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

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin veya sigortalıların birbirlerinin teminatlarından yararlandırılması, sağlık gideri belgelerinin gerçeğe aykırı şekilde düzenlenmesi, sigortalının yarar sağlamak adına kötü niyetli kullanımlarının tespit edilmesi durumunda, Sigorta Şirketi sigorta bilgi ve gözetim merkezine bildirmek dışında, tazminat ödemelerini geri alma ile prim iadesiz olarak poliçeyi fesh etme hakkına sahiptir.

ANA SİGORTA ANONİM ŞİRKETİ

MASLAK MAH. BÜYÜKDERE CAD. SPINE TOWER KAT:11 SARIYER/İSTANBUL

T: 0850 460 6262 & F:(0212) 970 62 62

Tarih:

Sigorta Ettirenin Adı Soyadı-İmzası

Tarih:

Sigortacı veya acentenin  
kaşesi ve yetkilinin imzası