

TAMAMLAYAN SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1- SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı sigortalılar ile Türkiye Cumhuriyeti'nde ikamet eden yabancı uyruklu sigortalıların poliçe süresi içinde hastalanmaları ve/veya kaza sonucu yaralanmaları halinde, tedavileri için gerekli masrafları "Türk Ticaret Kanunu" hükümleri, "Sağlık Sigortası Genel Şartları" ve işbu "Özel Şartlar" çerçevesinde poliçede yazılı limit ve oranlar dahilinde temin eder. Bir tedavinin teminat kapsamında olması için sözleşme süresi içerisinde uygulanmış olması ve tedavi ile ilgili tazminat talebinin yine sözleşme süresi içerisinde şirkete ulaştırılmış olması esastır.

Satın aldığınız poliçede yazılı teminatlar Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumlarında, Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası Poliçesi özel şart ve limitleri dahilinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe teminat kapsamında değildir. KKTC yurt dışı olarak kabul edilir.

Bu sigorta, sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sözleşmeli sağlık kuruluşuna ödeyeceği ücretlere ek olarak sigortalının ödeyeceği ilave ücretlerini sadece Ray Sigorta A.Ş. tarafından belirlenmiş kurumlarda geçerli olmak üzere poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.

Sigorta poliçesinin kapsamı ancak Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerli olup, aksi durumda kişilerin poliçe kapsamına alınması söz konusu değildir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) müstahaklığını kaybeden sigortalılar Ray Sigorta A.Ş. Tamamlayan Sağlık Sigortası poliçesini devam ettirebilir ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden işlerlik kazanır.

Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar. Prim kredi kartı ile tahsil edilir. Peşin poliçelerde ödeme havale ile yapılabilir. Prim tahsilatı, peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır.

Ray Sigorta A.Ş sigortalının yazılı onayının alınması sonrası ve / veya beyan formunda yeralan onayına istinaden gerekli gördüğü takdirde sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kuruluşu, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Sağlık Bakanlığı, SAGMER ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkına sahiptir.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigortalı poliçe satın alması ile kendi sağlık geçmişi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme hakkı için Ray Sigorta A.Ş'ye izin vermiş olur. Ray Sigorta A.Ş bu inceleme için kendi adına bağımsız temsilciler atayabilir.

Sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi halinde, Ray Sigorta ihtiyaç görmesi durumunda sigortalının sağlık durumunun tespiti için hekim görüşünün alınmasını isteyebilir. Bahse konu işleme ilişkin masraflar Ray Sigorta tarafından karşılanmaktadır. Sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermemesi halinde ise hekim görüşüne ilişkin masraflar sigorta ettiren ve / veya sigortalı tarafından karşılanmaktadır.

Sigortalılar tarafından başvuru aşamasında beyan edilmiş beyana konu olan sağlık bilgilerinin, Sağlık Sigortalı Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAGMER) tarafından talep edilmesi halinde, Sağlık Sigortalı Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne (SAGMER) Ray Sigorta A.Ş tarafından iletilecek olup, gerektiğinde SAGMER'den bu bilgilerin temin edilmesi mümkün olacaktır.

Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Poliçe süresi içerisinde başlamış ve poliçenin bitiş tarihinde devam eden bir yatarak tedavi varsa, sadece bu tedavi ile ilgili olmak kaydıyla poliçe bitim tarihinden itibaren 10 gün içinde yapılan tazminat talepleri de teminat kapsamındadır.

Sigorta şirketlerince risk değerlendirmesi yapılabilmesini teminen sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, SBGM'den, SGK'dan ve Sağlık Bakanlığı'ndan, sigortalının yazılı onayına rağmen, bilgi ve belge temin edilememesi durumunda Sağlık Sigortalı Yönetmeliğinin 5. Maddesinin 4. Fıkrası kapsamında işlem yapılır.

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.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

2- TANIMLAR

Anlaşmalı Sağlık Kurumu:

Sigortacı adına direk yapılan bir sözleşme ile Sigorta Şirketi'nden poliçe satın almış sigortalı ve bağımlılarına teminatları kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli sağlık kuruluşlarında almayı hak ettikleri sağlık hizmetlerine ek olarak ödeyecekleri ilave ücretleri limitleri dahilinde vermeyi kabul eden ve bu hizmetler karşılığı Sigortacı'dan ödeme alan Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli sağlık kuruluşlarıdır. Planlara göre kapsanan farklı anlaşmalı kurum ağlarına ilişkin bilgiler, poliçe ve teminat tablolarında detaylandırılmıştır. Bu kuruluşlar Sigorta Şirketi'nin web sitesinde mevcuttur. Bu listede değişiklik yapma hakkı Sigorta Şirketi'nde saklıdır.

Anlaşmalı Olmayan Sağlık Kurumu:

Sigorta ettirenin, tercih etmiş olduğu poliçede kapsam dışında yer alan ve SGK ile anlaşmalı olup, Ray Sigorta ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarını ifade eder.

Bakmakla Yükümlü Olunan Kişiler:

İşbu sigorta sözleşmesi uyarınca sigortalı kişinin kapsam altına alınmış kanunen evli olduğu eşi, 18 yaşını aşmamış veya tam gün yüksekokulda okuyan 25 yaşını aşmamış bekar çocukları, üvey çocukları ve kanuni yoldan evlat edindiği çocuklarıdır.

Başlangıç Tarihi:

Sigorta poliçesinin ilk kez veya daha sonra yenilenmesi halinde yürürlüğe girdiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00) , ay ve yıl'dır.

Bitiş Tarihi:

Bu Sigorta Sözleşmesinin bittiği gün, ay ve yıl'dır. (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00)

Bekleme Süresi:

Sigortalının başlangıç tarihi ile başlayan ve bu Sözleşme'de Bekleme Süresi'ne tabi hastalıklar/ rahatsızlıklar arasında yer alan veya Sigortacının sigortalıyı kabul aşamasında bekleme süresi uygulamayı uygun gördüğü tıbbi durumlar için teminatın geçerli olmadığı süredir.

Beyan Edilmemiş Tehlikeli Sporlar:

Sigortalanmak üzere başvurulduğunda Beyan Formuna başvuru tarihine kadar, Sigortalı adayının / sigortalının yaptığı tehlikeli aktivite ve sporları beyan etmemesidir.

Doktor:

Türkiye'de veya yurtdışında (Sağlık Bakanlığı'ndan uzmanlık almış) Tıp Fakültesi diplomasına sahip kanunen hasta kabul edip tedavi etmeye yetkisi olan kişidir.

Doğum:

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Hamilelik, düşük, normal doğum veya sezeryanla Doğum ve / veya bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyondur.

Genel Şartlar:

T.C Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarına ilişkin uyulması gereken şartlardır. Genel şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır.

Genel Sağlık Sigortası (GSS):

31/05/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98.maddesine dayanılarak hazırlanan ve bu kanunun 60.maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

Gereksiz Tetkik ve Tedaviler:

Sigortalının şikayetleri ile ilgisi olmaksızın yapılan tetkikler ve tedavilerdir. Gereksiz Hastane yatışları da bu kapsamda değerlendirilir. Hastane yatışının gereksizliği ikinci bir hekim/heyet tarafından verilen ikinci görüş raporu ile dokümente edilir. Uygulanan tetkik veya tedavinin bir hekim tarafından yapılmış olması tıbben gerekli olduğu anlamını taşımaz.

Hastalık:

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

Hastane:

Türkiye'de ve yurtdışında vermekte oldukları sağlık hizmetleri ile ilgili resmi olarak ruhsat almış hasta veya yaralı kişilere gerekli tıbbi hizmeti 24 saat boyunca verebilecek kamu yada özel sektöre ait sağlık kuruluşlarıdır. Bu kapsamda hastane terimi hiçbir zaman kaplıca, fizik tedavi merkezleri, huzurevi, uyuşturucu, alkolizm, zayıflama, well-being (sağlıklı yaşam) center, kozmetik amaçlı hizmet veren kuruluşlar vb.nin yerine kullanılamaz.

Hastanede Yatarak Tedavi:

Hastanede yatarak tedaviyi gerektiren, yatmadan tedavisi mümkün olmayan ve bu poliçe kapsamı dahilindeki tıbbi durumların herhangi biri nedeni ile Hastane'de yatışı gerektiren durumdur.

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

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Sosyal Güvenlik Kurumu'na fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden / sigortalılardan alınabilecek fark ücretleridir.

İptal / Çıkış Tarihi:

Sigortalı / Sigorta ettirenin yazılı olarak talebi veya Sigortacı tarafından Genel Şartlardaki sebeplerden herhangi birinden dolayı bu sözleşmenin iptal edildiği gün,(Türkiye saati ile 00:01) ay ve yıl'dır.

İstisnalar:

Poliçe kapsamındaki teminatlar için geçerli olan istisnalar ve sigortalı adayının başvuru formunun sigortacı tarafından yapılan değerlendirmesi neticesinde sigortalıya özel kapsam dışında tutulan teminatlar, hastalıklar veya hastalıkla illiyet bağı olan durumlardır.

Katılım Payı (Koasürans):

Sigortalının teminatları dahilinde alma hakkına sahip olduğu sağlık hizmetleri karşılığı kendisinin ödemesi gereken orandır.

Kaza:

Sigortalının kontrolü dışında dış bir etkene bağlı olarak meydana gelen tıbbi tetkik ve muayenelerle kanıtlanabilecek bedensel yaralanma veya hastalıklara sebep olan ani olaydır.

Kronik Hastalık:

Başlangıcından itibaren dönemsel olarak tekrarlayan veya devamlı sağlık sorunlarına sebep olan yavaş ilerlemeye eğilimli hastalıktır.

Muafiyet:

Teminat kapsamında sigorta şirketinin sorumluluğunun başlamasından önce sigortalı tarafından ödenmesi gereken miktardır.

Özel Şartlar:

Sigortacı tarafından poliçenin ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, ürüne özel kurallar ve şartları içeren belgedir. Özel şartlar www.raysigorta.com.tr web sitesinde yer almaktadır.

Plan:

Sigortacı tarafından poliçe ekinde verilen teminatlar grubunu oluşturur. Plandan sigortalının kapsam dahilinde alabileceği sağlık hizmetlerini hangi limite kadar, hangi coğrafi bölgede, hangi sağlık kuruluşundan hangi katılım payı veya muafiyet ile alacağını anlamak mümkündür.

Plan poliçenin ayrılmaz ekidir.

Poliçe:

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigortacı ve Sigortalının Sigorta Sözleşmesi'nden doğan kazanılmış hak, uygulama ve yükümlülüklerini gösteren belgedir. Sigortacı tarafından imzalanarak Sigorta Ettirene verilir.

Rahatsızlık:

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

Sağlık Kurumu:

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

Sağlık Gideri:

Bu sözleşme kapsamında sağlık ile ilgili teminatlar dahilinde alınabilecek sağlık hizmetlerinin tümü olarak tanımlanır.

Sigorta Başlangıcından Önce Var Olan Beyan Edilmemiş Hastalıklar:

Sigortalının doğuştan gelen hastalıkları ile bu Sigorta Sözleşmesi için başvuruda bulunduğu esnada veya öncesinde varolan ve bilinen/bilinmeyen herhangi bir şikayet veya teşhisin başvuru formuna beyan edilmemiş olmasıdır.

Sigortacı:

TC kanunları gereği tescil edilmiş ve ruhsat almış sağlık sigortacılığı alanında faaliyet gösteren şirkettir.

Sigortacı Sigorta ettiren veya sigortalının olası risklerine karşı teminat satar. Bu sözleşme kapsamında Sigorta Şirketi Ray Sigorta A.Ş. 'dir.

Sigorta Ettiren:

Bu sözleşme kapsamında Sigorta Şirketi ile anlaşma yapan ve sigorta şirketine poliçe karşılığı prim ödeme dahil bu sözleşmeden doğan sorumlulukları üstlenen kişi veya kuruluştur.

Sigortalı:

Sigorta şirketi tarafından düzenlenen başvuru formu ile sigortalanmak üzere başvuruda bulunan veya ana poliçeye daha sonra zeyil olan Sigorta Ettiren veya bakmakla yükümlü olduğu kişi / kişiler Sigorta Şirketi tarafından kabul edilerek kapsam altına alınan kişilerdir.

Bu kişiler için Sigorta Şirketi tarafından Sözleşme düzenlenir.

Sigortalı, yılın en az ¾ ünde Türkiye sınırları içerisinde ikamet etmelidir.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

SGK Katılım Payı:

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda öngörülen ve 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.

Tazminat:

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

Teminat:

Sigortacının işbu Sözleşme kapsamında Sigortalı'ya olası risklere karşı istisnai durumlar, bekleme süreleri, limit, katılım protokolü ve muafiyetler hariç olmak üzere verdiği güvencedir.

Triyaj Uygulaması:

Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikayetleri, 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 itibari ile 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.

Yenileme:

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigorta teminatlarının (sözleşmenin) yasal süresi sonunda sona ermesinden sonra Sigorta Ettirenin talebi üzerine otomatik olarak veya teklif verilerek sigorta sözleşmesinin aynen veya yeni Sigorta koşulları ile devam ettirilmesidir.

Yenileme Tarihi:

Daha önce yürürlükte olan Sağlık Sigortası Poliçesinin bitiş tarihi ile aynı olan Sözleşmenin başlangıç tarihidir.

Zeyilname:

Sigorta Sözleşmesinin içeriğindeki, limitlerde, sigortalı bilgilerinde değişiklikler ve yeni sigortalı kayıt edilmesi veya çıkartılması için yeni poliçe düzenlenmesidir.

3- TEMİNATLAR

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 teminat, limit, katılım payı ve varsa poliçede tanımlı istisna/ lar, Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar doğrultusunda karşılar.

A) YATARAK TEDAVİ TEMİNATI:

Yatarak Tedavi teminatı cerrahi ve dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, küçük müdahale, koroner anjiyografi, evde bakım, suni uzuv, ameliyat malzeme giderlerinden oluşur. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.

Bu teminatın Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumları'nda kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- *Sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,
- *Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olması,
- * Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olan hastane ile Ray Sigorta A.Ş.'nin sigortalının tedavi göreceği branş adına Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası anlaşmasının olması,
- *Tedavi talep edilen rahatsızlığın Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Bir poliçe yılı içerisinde kapsam dahilindeki hastalık/ hastalıkların tedavisi için Sigortalının hastanede yatış süresi toplam 180 gün ile, vaka başına 60 gün ile sınırlıdır.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sadece yatarak tedavi planı olan sigortalılar için tetkik amaçlı yatışlar Yatarak Tedavi Teminatı kapsamı dışındadır. Yatarak tedavi kapsamında hastane yatış süresi, ömür boyu 720 gün ile sınırlıdır. Ray Sigorta A.Ş.'de kesintisiz 10 yıl ve daha uzun sürede sigortalı kalan sigortalılar ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) olan sigortalılar için, ömür boyu yatış süresi sınırlaması uygulanmaz.

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

Evde Bakım Teminatı:

Sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi halinde, sigortacının görevlendireceği ikinci bir doktor veya doktorların da onaylaması şartıyla, sigortalının hastane haricinde bir mekanda bir hemşirenin bakımı altına alınması halinde oluşan masraflarını poliçede belirtilen teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin eder.

Sigortalının Evde Hemşire Bakım Teminatı'ndan yararlanabilmesi için, trakeostomili, sık orotrakeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN / IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatöre bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları veya ağrı protokolünün uygulanıyor olması gereklidir. Ayrıca sigortalının veya sigortalıyı tedavi eden doktorun, sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir sağlık personeli eşliğinde evde sürdürmesi gerektiğini bir raporla sigortacıya bildirmesi, bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin evde bakım gerçekleşmeden önce sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

Bu tip tablolarda ödeme yapılması için, sigorta şirketi gerekli gördüğü halde ilgili bölgeye resmi yetkili tıp doktoru gönderebilir.

Sigortalının, günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, inkontinans (idrar kaçıрма) ya da immobilize (hareket edememe) olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, diyete uygun yemek temini, ağız yolu ile ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor olması, üriner kateterinin olması, evde yalnız yaşıyor ve sosyal desteğe gereksinimi olan kronik hastalığı olması Evde Hemşire Bakım Teminatı kapsamına girmez.

Sigortalının bakımını üstlenecek tıbbi personelin sağlık eğitimi veren resmi devlet okullarından veya yurt dışındaki muadili sağlık eğitim kurumlarından mezun olmuş olması gerekmektedir.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Tedavi masraflarının ödenebilmesi için sigortalının tedavisini yürüten doktorun evde bakım gerekliliğini bildiren raporunun ibraz edilmesi ve evde bakım ile ilgili organizasyonun sigorta şirketi tarafından yapılması zorunludur.

Bu teminat sadece Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumları'nda geçerlidir.

Suni Uzuv Teminatı:

Police süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucunda fonksiyon kaybına uğramış bir organın tedavisi suni uzuv gerektirirse, suni uzuv giderleri (suni el, kol, bacak, göz ve estetik amaç taşımayan protezler), police özel ve genel şartları, policede yazılı ödeme limit ve oranı dahilinde vaka başına ödenir. Sair protezlerde Sigorta Şirketinin ayrıca onayı alınacaktır.

Suni uzuv teminatı sadece kullanılan aparat (malzeme) için geçerlidir. Sigorta başlangıç tarihinden önce varolan maluliyetler için kullanılacak suni uzuvlar, varolan suni uzuvların yenilenmesi ve dış protezlerine ilişkin giderler police kapsamı dışındadır.

Police kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası sigortalıların kullanacağı meme protezlerine ait giderler de bu teminat kapsamında değerlendirilecektir.

Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri :

RAY SİGORTA A.Ş.' den sağlık sigortası alan her Sigortalı RAY SİGORTA'nın 24 saat sağlık danışma ve acil ambulans hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır.

Tıbbi Bilgi ve Danışmanlık:

Sigortalı, acil olan veya olmayan herhangi bir sağlık problemi ile karşılaştığında 365 gün 24 saat boyunca hizmet veren çağrı merkezini arar. Merkezdeki Medikal Ekip; sigortalıya en yakın doktor, uzman doktor, hastane, teşhis merkezleri, eczane ve nöbetçi eczane isimleri, adresleri ve telefon numaraları konusunda yardımcı olur. Karşılaşılan sağlık problemi konusunda alınması gereken önlemler ile ilgili tavsiyede bulunulur ancak tanı konmaz, ilaç önerilmez.

Tıbbi Nakil

Hastaneye nakil:

Sigortacı hayatını tehdit eden bedeni yaralanma ve ciddi hastalık gibi acil durumlarda kişilerin, en yakın uygun donanımlı hastaneye veya sağlık kurumuna nakli sağlanır.

Bir hastaneden diğerine nakil:

Sigortalının tedavisinin gerçekleştiği hastanede uygun ekipmanın olmaması durumunda RAY SİGORTA'nın belirleyeceği bir araçla (kara ambulansı, tarifeli uçuş v.b.), bedensel zarar ve

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

hastalığa özel daha uygun ekipmanlı bir hastaneye, gereken gözetim altında doğrudan nakli sağlanır.

Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri Teminatına Ait Genel İstisnalar:

- a. Savaş, istila, yabancı düşman hareketi, çatışma (savaş ilan edilmiş olsun olmasın), iç savaş, isyan, ayaklanma, terörist-askeri-inzibati güçler, halk hareketleri,
- b. Kasıtlı olarak kendini yaralama veya Sigortalının bir suç olayının parçası olması sonucu doğan olaylar,
- c. Sigortalının her türlü araba yarışına ya da gösterilerine yarışmacı olarak iştirak ettiği sırada oluşan giderler,
- d. Sigortalının meşru müdafaa hariç bir kavga/dövüşe karışması nedeniyle oluşan giderler,
- e. Profesyonel olarak ya da resmi bir yarışma gösterisi için eğitici sıfatıyla spor yapılması nedeniyle oluşan giderler,
- f. Her hangi bir nükleer yakıttan ileri gelen iyonizasyon radyasyonları ya da radyoaktif bulaşmanın veya her hangi bir patlayıcı nükleer bileşim veya nükleer bileşenin radyoaktif, zehirleyici ve diğer tehlikeli özelliklerinden doğrudan ya da dolaylı olarak ileri gelen veya bunların yol açtığı giderler.
- g. Alkol zehirlenmesi veya ilaç/uyuşturucu zehirlenmesi (ehliyetli bir doktorun talimatı ve reçetesi doğrultusunda tedavi amacıyla alınanlar hariç) etkisi altında iken ya da bu etkiden ileri gelen tam veya kısmi iş göremezlik durumu nedeniyle oluşan giderler.
- h. İntihar ya da teşebbüsü sonucunda ölüm, yaralanma veya hastalık,
- i. Tahmini doğum tarihinden 3 ay öncesine kadar hamileliğe ya da gönüllü çocuk düşürmeye bağlı olaylar,
- j. RAY SİGORTA anlaşmalı sağlık kuruluşuna ilişkin yönlendirmeler dışında alınacak sağlık hizmetlerine ilişkin organizasyonlar.
- k. Tıbbi Nakil kapsamına uygun olmayan durumlar.

Hizmetten Yararlanmak İçin Ne Yapmanız Gerekli?

Acil bir durumda hizmet almak için İstanbul' daki RAY SİGORTA çağrı merkezini 365 gün 24 saat 444 4 729 dan arayabilirsiniz.

Acil durumlarda da aynı merkezi arayarak;

- İsminizi, poliçe numaranızı, T.C numaranızı,
- Bulduğunuz yeri, ulaşabileceğimiz telefon numaranızı,
- Probleminizi ve yardım talebinizi aktarmanız yeterlidir.

Başka bir hastaneye transfer talebinizde ise; bizzat kendiniz ya da adınıza ilgili kişinin;

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

- İsim, adres ve bulunduğunuz hastanenin telefon numarasını,
- Tedavi eden doktorun ve varsa aile doktorunun adresi ve telefon numarasını bildirmesi suretiyle en kısa sürede gereken yardım yapılacaktır.

RAY SİGORTA'nın medikal ekibi veya temsilcileri sigortalı durumunu tespit edebilmek için onun yanına serbestçe girebileceklerdir. Şayet bu yükümlülük yerine getirilemez ise ve haklı bir itiraz olması hariç, sigortalı tıbbi yardıma hak kazanamayacaktır.

Her halükarda RAY SİGORTA tedaviyi üstlenen doktor ile mutabık kalarak nakil tarih ve aracını tayin edecektir.

Hastanede yatmayı gerektiren bedeni zarar/yaralanma durumunda sigortalı veya onun adına hareket eden kişi olayın vuku tarihinden itibaren 48 saat içinde RAY SİGORTA'yı haberdar edecektir. Bu haberin verilmemesi halinde, RAY SİGORTA ortaya çıkacak masrafları sigortalıya ödememe hakkına sahiptir.

B) AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Sigortalıların hastanede yatarak tedavi görmesi dışında doktor muayene, görüntüleme işlemleri, laboratuvar ve fizik tedavi işlemlerine ilişkin masraflar bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- *Sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,
- *Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olması,
- * Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olan hastane ile Ray Sigorta A.Ş.'nin sigortalının tedavi göreceği branş adına Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası poliçesi anlaşmasının olması,
- * Tedavi talep edilen rahatsızlığın Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

1. Doktor Muayene **

2. Görüntüleme ve Laboratuvar İşlemleri

3. Fizik Tedavi İşlemleri

** 2 ve 3 numaralı maddelerde yer alan teminatlar SGK kuralı gereği tek başlarına kullanılamaz, doktor muayenesi ile kullanılma zorunluluğu vardır.

Fizik tedavi işlemleri bir yıllık poliçe dönemi boyunca maksimum aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans ile sınırlıdır.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Ayakta Tedavi teminatı poliçe dönemi içerisinde maksimum 10 kez kullanım ile sınırlıdır. 10 kullanım sonrası oluşabilecek diğer ayakta tedavi başvuruları kapsam dahilinde değerlendirilmeyecektir.

Her bir muayene işlemi veya sigortalının sağlık kuruluşuna başvurusunda SGK tarafından verilen takip numarasına müteakip istenen diğer işlemler 1 vaka (kullanım) olarak kabul edilir. Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası Poliçesinde anlaşmalı kurumlar dışında yapılan muayene ve sonrası oluşabilecek tetkik ve tedaviler poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Tazminat ödemesi sigorta şirketi tarafından, doğrudan hizmetin alındığı anlaşmalı sağlık kurumuna yapılacaktır. Bu sebeple mutlaka ürünün geçerli olduğu anlaşmalı kurumdan provizyon alınması gerekmektedir. Anlaşmalı sağlık kurumunda sigortalının provizyon alınmadan yaptığı sağlık giderleri (sonradan ödeme olarak gönderilen sağlık giderleri), anlaşmalı olsa dahi tercih edilen ürüne ait il dışındaki sağlık kurumları ve bu ürüne özel anlaşma yapılmamış sağlık kurumlarında yapılan sağlık harcamaları karşılanmayacaktır.

Check-up Teminatı:

Sigortalı ve/veya sigorta kapsamına dahil edilen kişiler talep etmeleri durumunda hiçbir rahatsızlık olmadan ya da belirli bir hastalığı düşündürmeyecek kadar hafif önemsiz şikayetlerde yapılan sağlık taramasından (check-up tan) geçirilecektir. Check-up hizmetinde aşağıda belirtilen hizmetler sunulacak ve işlemler sonucu elde edilen kişiye özel sağlık bilgisi sigortalı ile paylaşılacaktır:

CHECK-UP
Doktor Değerlendirme
Akciğer Grafisi (Tek Yönlü)
EKG
Tam Kan Sayımı (18 parametre)
Tam İdrar Tahlili
Sedimantasyon
Açlık Kan Şekeri
Kolesterol, Total

Check-up hizmetinin sunulacağı anlaşmalı kurum bilgileri Ray Sigorta tarafından belirlenmekte olup, planlanan tarihten en az 2 gün önce çağrı merkezinin aranarak mutabık

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

kalınan kurum ve gün bilgisi ile randevu organizasyonun yapılması istenmelidir. Check-up Teminatı yılda bir defa belirli anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu ile ücretsiz olarak karşılanacaktır.

Diş Teminatı:

Diş paketi kapsamında yer alan işlemler yılda bir defa belirli anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu ile ücretsiz olarak karşılanacaktır. Diş Teminatı hizmetinin sunulacağı anlaşmalı kurum bilgileri Ray Sigorta tarafından belirlenmekte olup, planlanan tarihten en az 2 gün önce çağrı merkezinin aranarak mutabık kalınan kurum ve gün bilgisi ile randevu organizasyonun yapılması istenmelidir.

DIŞ PAKETİ
Dolgu sökümü (tek diş)
Yerel flour uygulaması (Tam Çene)
Detertraj (diş taşı temizliği - alt ve üst çene)
Düşmüş 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)
Dişhekimi muayenesi
Konsültasyon
Kontrol hekim muayenesi
Lokal anestezi (enjeksiyon - infiltratif)
Lokal anestezi (rejyonal)
Oral hijyen eğitimi
Teşhis ve tedavi planlaması
Uzman dişhekimi konsültasyonu
Uzman dişhekimi muayenesi
Vitalite Kontrolü
Dolgu (Tek Diş İçin)

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

DOĞUM EK TEMİNATI:

Sigortalılığın 6 ayı içerisinde hamileliğin rutin kontrolleri, doğum giderleri ile her türlü kürtaj kapsam dışıdır.

Aile planlaması dışında gerçekleşen tüm kürtaj işlemleri, doğum teminatı limit ve iştirak oranlarınca karşılanacaktır.

Annelik teminatı kapsamına giren harcamalar şirketimizdeki ilk sigortalanma tarihini takip eden 6 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır. Sigortalının bu teminata hak kazanması için ilk yıl doğum teminatlı bir plan satın alması ve doğum eyleminin ilk poliçe yılında gerçekleşmemesi halinde yenileme döneminde doğum teminatı içeren bir plan satın almaya devam etmesi gerekmektedir.

Teminatlarımıza isteğe bağlı olarak doğum teminatı eklenebilmektedir.

Söz konusu doğum teminatı yatarak ve yatarak + ayakta tedavi teminatı mevcut olan sigortalılar için ilave edilebilecektir. Doğum teminatı poliçenin başladığı tarih itibari ile alınabilmekte olup, ara dönemde ek teminat poliçeye eklenememektedir.

Doğum Ek Teminatının alındığı poliçelere ilişkin iptal taleplerinde Ray Sigorta tarafından yapılacak değerlendirme neticesinde poliçenin prim iadesi yapılıp yapılmayacağına karar verilir.

Gebelik süresince yapılacak rutin incelemeleri (Kan Sayımı, Açlık Kan Şekeri, Kan Grubu, İndirekt Coombs Testi, Hepatit B, Taşıyıcılık Testi, Mikrobik Testler, İdrar Tahlili, Tarama Testleri, Ense Kalınlığı Ölçümü ve Birinci Trimestr Tarama ve Üçlü Tarama Testi, Dörtlü Tarama Testi, Amniosentez, Şeker Yükleme Testi, Ultrasonografi ve NST), hiperemezis, preeklampsi, düşük, düşük tehdidi, doğum komplikasyonları ve doğum eylemini (normal veya sezeryan (Genel Anestezi altında)) kapsamaktadır.

Doğum teminatı kapsamında yer alan doğum eylemi dışındaki rutin kontrol ve incelemeler 6 aylık bekleme süresinin dolmuş olması halinde ayakta tedavi teminat kapsamı olan yıllık 10 kez kullanım limitinden düşecektir. Gebelik süresince yapılacak rutin kontrollerde her bir muayene ve sonrasında yapılacak tetkikler 1 kez olarak değerlendirilecektir. Ayakta tedavi teminatı olmayan poliçelerde rutin kontrol ve incelemeler kapsam dışıdır.

Doğum eyleminin (Sezeryan veya Normal Doğum) lokal ve / veya genel anestezi dışında günün koşullarına uygun farklı yöntem / tekniklerle yapılması durumunda standart Normal Doğum / Sezeryan Doğum bedeli ödenecek olup ve oluşacak fark sigortalı tarafından karşılanacaktır.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

4- BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen hastalık ve bunların yaratabileceği rahatsızlık ve komplikasyonlar ile ilgili giderler, hastalık / 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 taşlı 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, fizik tedavi işlemleri

3-Her türlü fıtık (kasık fıtığı, mide fıtığı vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları, katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları, pilonidal sinüs, Anorektal Sistem Hastalıkları, tonsillit, geniz eti ,sinüzit, burun polipleri 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-Nörolojik hastalıklar

7-Şeker hastalığı (Diabetes Melitus), Hipertansiyon Hastalığı

8-Kan hastalıkları

Doğum teminatı olan poliçelerde, bu teminattan ödenen tüm doğum, sezeryan, rutin hamilelik kontrolleri, düşükler (5) ay üzerindeki intrauterin ölü fetus hariç) ve bundan kaynaklanan her türlü komplikasyon 6 ay süre ile kapsam dışıdır. Doğum teminatı kapsamındaki tüm giderler Doğum Ek Teminatının alındığı ilk altı ay teminat kapsamı dışındadır. Sigortalının bu teminata hak kazanması için ilk yıl doğum teminatlı bir plan satın alması ve doğum eyleminin ilk poliçe yılında gerçekleşmemesi halinde yenileme döneminde doğum teminatı içeren bir plan satın almaya devam etmesi gerekmektedir.

5- TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 2. maddesine ek olarak aşağıda yazılı haller ve komplikasyonları sigorta teminatı dışındadır.

1) Başvuru / beyan formunda beyan edilmiş olsa ve tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar), prematüriteye ait Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

giderler (kuvöz bakımı vs.) , motor ve mental gelişim bozukluğu (büyüme ve gelişme geriliği/ileriliği vb) ile ilgili rutin veya spesifik her türlü tetkik ve tedavi gideri (Örn: genetik testler, her tür karyotip araştırması, hemogloblin elektroforezi, fenilketonüri testleri, yenidoğan tiroid testleri, inmemiş ve retraktıl testis, polikistik böbrek, veziko üreteral reflü-VUR vb.) (Şirketimizde 5 yıl süre ile aralıksız sağlık poliçesi satın almış ve yenileme garantisi almış sigortalıların, beşinci yıldan sonra yeni teşhis edilen doğuştan gelen hastalıklara ilişkin tazminat talepleri kapsam dahilinde değerlendirilir.)

2) Başvuru / beyan formunda beyan edilmiş olsa dahi sigortalı olunmadan önce varolan rahatsızlık ve hastalıklarla ilgili her türlü giderler ile bu hastalıkların periyodik devamlılık ve nükslerinden kaynaklanan giderler, sigortalılık öncesi dönemde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüks ve komplikasyonları. (Şirketimizde 10 yıl süre ile aralıksız sağlık poliçesi satın almış ve yenileme garantisi almış sigortalıların, onuncu yıldan sonra talep edilen bu hastalıklara ilişkin tazminat talepleri kapsam dahilinde değerlendirilir.)

3) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı durumda meydana gelen sağlık giderleri,

4) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,

5) SGK ile anlaşması olmayan sağlık kurumlarında ve / veya SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında ve / 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 ayakta tedavi giderleri,

7) 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,

8) Alerjik hastalıklara yönelik aşı tedavileri (immünoterapi), deri prick testleri,

9) Dünya Sağlık Örgütü veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklar (kolera, sıtma, kuş gribi, domuz gribi vb.), AIDS ve AIDS'e bağlı hastalıklar ile ilgili olan her türlü test, tahlil masrafları ve gerekli tedaviler ile, HIV virüsünün neden olacağı tüm hastalıklar,

10) Telenjiektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi), estetik amaçlı enjeksiyonlar, nazal valv ile ilgili girişimler, burun estetiği, meme büyütme, küçültme ve estetik operasyonları (meme kanseri sonrası uygulanan estetik tedaviler hariç), aksesuar meme cerrahisi, yağ aldırma (liposuction), karın estetiği (abdominoplasti), yüz gerdirme , göz kapağı ve çevresi estetiği, saç dökülmesi ile ilgili tedaviler, saç ekimi, deri kurumasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti-aging) tedaviler gibi her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi,ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,

11) İlaçlar, tetkikler için kullanılan kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri, yardımcı tıbbi malzemeler, koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, boyunluk, tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi ve her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderler, enjektör, ıtriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar, termofor, cilt sabunları, diş macunları, ısıtma cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb., cilt bakımı, cilt lekeleri, çatlaklar ile ilgili giderler, her türlü şampuan ve saç losyonları, kozmetik sabun ve kremler, saç dökülmesine yönelik her tür ilaç, solüsyon ve şampuan, termometre, sargı bezi, steril eldiven,

12) İnfertilite ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermogram, adhezyolizis , suni dölllenme, tüp bebek, düşük araştırması vb.), kalıcı doğum kontrol ameliyatları (tüp ligasyonu, vasktomisi), aile planlaması amacı ile yapılan ve tıbbi endikasyonu olmayan her türlü kürtaj , düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler, spiral (aletin kendisi, takılması, çıkarılması), tedavi amaçlı olsa dahi doğum kontrolü ile ilgili araç, malzeme, tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimozis vb.),

13) Ameliyat nedenine bakılmaksızın nasal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (Septum deviasyonu (SMR), Septoplasti, her tür konka cerrahisi, nazal valv operasyonları) uyku apnesi, horlama nedenli yapılan tüm tetkik, tedavi ve girişimler,

14) Omurga şekil bozuklukları ile ilgili giderler (kifoz, skolyoz vb)

15) Mesleki hastalıklar (asbestozis, pnömokonyosis, cıva zehirlenmesi, silikozis vb.) ve mesleki sebepten kaynaklanan yaralanmalar,

16) Psikososyal nedenlerle kullanılan meme ve penil protez vb. giderleri,

17) 6 aylık bekleme süresince gebeliğe ait doğum teminatı kapsamında yer alan tüm sağlık giderleri,

18) Doğum eyleminin (Sezeryan veya Normal Doğum) lokal ve / veya genel anestezi dışında günün koşullarına uygun farklı yöntem / tekniklerle yapılması durumunda standart Normal Doğum / Sezeryan Doğum bedeli ödenecek olup ve oluşacak fark sigortalı tarafından

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

karşılacaktır.

19) Göz kayması, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili her türlü tetkik tedavi giderleri ile , kırma kusurları (miyop, astigmat vb) için yapılan cerrahi girişimler, gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları,

20) Fizik tedavi işlemleri bir yıllık poliçe dönemi boyunca maksimum aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans ile sınırlı olup, iki farklı vücut bölgesinden 30'ar seans olmak üzere yıllık 60 seansı aşan fizik tedavi giderleri,

21) Kaza sonucu organ naklinde ve kan transfüzyonunda, organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ve organ/dokuya ait transfer giderleri, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanması ile ilişkin giderler,

22) Tüm alternatif tedaviler (akupunktur, mesoterapi, magnetoterapi, oksiterapi, CO2, nöral terapi, PRP (Platelet Rich Plasma), şiroprakti, anti aging, reiki, ayurveda vb.) , deneysel ve araştırma niteliğindeki, etkinliği kanıtlanmamış tıbbi girişim, uygulama ve tedaviler (her türlü gıda intolerans testi, imo pro 300, vega test, york vb)

23) Telefon, televizyon, kafeterya, özel hemşire giderleri, idari hizmet ve paramedikal servis ücretleri gibi tedavi için gerekli olmayan sair masraflar, ikamet edilen yerler ve dışındaki illerde yapılan tedaviler için otel ve ulaşım giderleri, çocuk bakım ücretleri, çocuk mamaları, çocuk bezleri, biberon ve emzikler vb.,

24) Kilo kontrol bozuklukları, diyet uzmanları, jimnastik salonları, zayıflama, estetik ve alternatif tıp merkezleri ile lazer merkezleri vb. ilgili giderler ile bu merkezlerden alınan her tür muayene, tetkik ve tedavi faturaları, rehabilitasyon tedavi merkezlerindeki tedavi giderleri, kaplıca merkezlerindeki tedavi giderleri (fizik tedavi dahil) , masaj masrafları, çamur banyoları masrafları, obesite tedavisi, metabolik sendrom (xenical, reductil vb. ilaçlar), diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç ve malzemeler ile asteni tedavisi, well-being merkezleri, anti-aging uygulamaları için yapılan her tür tetkik, takip, girişim ve ilaç bedelleri (Homosistein, DHEA, GH vb.), kozmetik amaçlı hizmet veren kuruluşlar,

25) Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar, eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde olabilecek her türlü sağlık giderleri,

26) Nikotin, alkol ve benzeri bağımlılık yapan maddelerden arındırma amaçlı her tür tedavi (nikotin flasterleri, nikotin içeren çiğneme tabletleri, antabus, zyban vb.)

27) Tehlikeli sporların yapılması sırasında meydana gelecek sakatlanma ve yaralanmalar

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

(amatör havacılık, delta kanat, kayak, planör, paraşütçülük, parasailing, yamaç paraşütü, bungee jumping, dağcılık, tüplü dalış, binicilik, vb.) ile spor müsabakaları ve yarışlar (her tür spor karşılaşması, otomobil, motosiklet yarışları vb.) sırasında meydana gelebilecek her tür sağlık giderleri, kullanım türüne bakılmaksızın motosiklet kullanımı ve kazalarından doğabilecek tüm sağlık giderleri,

28) Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü ruh ve sinir hastalıkları, her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikoterapi gerektiren durumlar ve ruh ve sinir hastalıklarına ait muayene, tedavi ve ilaç harcamaları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları, Parkinson, Alzheimer ve Geriatrik hastalıklar,

29) Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler (penil doppler, penil-protez, impotans vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri, peyroni hastalığı, sifiliz, gonore, genital herpes, kondiloma accuminata, genital siğiller, anal papillomatöz lezyonlar vb. veneryal hastalıklara ait her tür tarama testi, tetkik ve tedavi gideri (VDRL ,TPA vb.)

30) Konuşma ve ses terapisi,

31) Diş rahatsızlıkları ile ilgili tüm tedavi giderleri (muayene, ilaç, röntgen, diş ve diş eti ameliyatları, her türlü ortodonti ameliyatları), diş hekimleri ve çene cerrahlarının yaptığı her tür tetkik, tedavi ve bu hekimlerce yazılan tüm reçeteler ile bu tedavi ve girişimlerin her türlü komplikasyonları

32) Poliçe ekinde bulunan sertifikada yazılı kişiye özel kapsam dışı hastalık ve rahatsızlıklara ilişkin tüm sağlık giderleri ile, poliçe ve/veya ekindeki sertifikada belirtilmeyen teminatlara ilişkin sağlık giderleri,

33) Belli bir semptom veya hastalığa bağlı olmayan inceleme ve tedaviler (tarama testleri, aşılama kontrol testleri, viral markerlar, portör tetkikleri vb), check-up giderleri ve yıllık kontrol mamografileri, smear ve PSA testleri vb. rutin taramalar,

34) 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri,

35) Yurtdışında gerçekleşen ilaç masrafları ve her türlü sağlık gideri, yurtdışından getirilecek olan her türlü ilaç,

36) Yol, gündelik iş görememe, gündelik bakım, rehabilitasyon, check up (Sigorta Şirketi tarafından belirlenen check-up hariç) , ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları ve özel

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

harcamalar,

- 37) 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,
- 38) 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.
- 39) Yeni doğan bebek masrafları,
- 40) Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejun-ileostomi, barsak kısaltılması vb.) ,
- 41) Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner VCT Anjiyo ve Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'nde EBT (Elektron Beam Tomografi) konu başlığı altında geçen tüm tetkikler, sanal anjiyo ve sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
- 42) Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri için 10.000 TL üst limiti aşan giderler,
- 43) Yöntem, tür, miktar, kullanım süresi Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından belirlenmiş işlemler, yatarak tedavilerde sağlık kurumu tarafından temin edilerek Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen malzemeler (Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri için 10.000 TL üst limiti aşan giderler maddesi dikkate alınarak), yatarak tedavide kullanılan ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nca karşılanmayan sağlık hizmetleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- 44) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nca karşılanmayan tüm giderler ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nca karşılanan ancak Sağlık Sigortası Özel ve Genel Şartları kapsamı gereği kapsam dahilinde olmayan tüm giderler,
- 45) Poliçenin teminat tablosunda belirtilmeyen haller.
- 46) Doğum Ek Teminatının sadece yatarak tedavi teminatını içerir poliçeye ek olarak alınması halinde gebelik rutin kontrol ve incelemeleri kapsam dışıdır.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

6- TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları Uygulamaları

Poliçe teminatları anlaşmalı kurumlarda poliçede belirtilen limit ve iştirak oranlarınca kullanılmaktadır. Teminat limiti ve iştirak oranını aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir.

Ray Sigorta A.Ş.'nin iş bu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumları listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.raysigorta.com.tr adresinde yer almaktadır. Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları ile Ray Sigorta arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur.

Tazminat ödemesi sigorta şirketi tarafından, doğrudan hizmetin alındığı anlaşmalı sağlık kurumuna yapılacaktır. Bu sebeple mutlaka ürünün geçerli olduğu anlaşmalı kurumdan provizyon alınması gerekmektedir. Anlaşmalı sağlık kurumunda sigortalının provizyon alınmadan yaptığı sağlık giderleri (sonradan ödeme olarak gönderilen sağlık giderleri), anlaşmalı olsa dahi karşılanmayacaktır.

Sigorta Şirketi, yapılan masraflara ilişkin olarak ek bilgi isteme hakkına sahip olup, gerekli yerlerden tazminat dosyasındaki bilgileri araştırmaya yetkilidir.

Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları arasında yer alması, bu kişi veya kurumların Ray Sigorta tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kişi veya kuruluşların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Ray Sigorta tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir hal / durumda Ray Sigorta'nın sorumluluğuna gidilemez.

Sigortalı başvuruda bulunduğu anlaşmalı sağlık kuruluşuna sigortalı olduğunu belirtmek ve SGK katılım payını ödemekle yükümlüdür.

Sigortalının İstanbul, Ankara, İzmir, Kocaeli hariç diğer illerde geçerli alternatifini alması halinde sadece acil durumlarda İstanbul, Ankara, İzmir, Kocaeli illerinde bulunan SGK anlaşmalı kurumları kullanması mümkün olacaktır.

Anlaşmasız Sağlık Kuruluşları Uygulamaları

Ayakta tedavi ve Doğum Teminatı kapsamındaki giderler hiçbir şekilde karşılanmaz.

SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastanelerde / branşlarda gerçekleşen sağlık giderleri poliçe

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

kapsamında değildir.

SGK ile anlaşmalı herhangi bir hastanede gerçekleşmiş ve GSS kapsamında onaylanmış Yatarak Tedavilere ait fark faturaları poliçede belirtilen anlaşmasız sağlık kuruluşu limiti olan 1 SUT dahilinde değerlendirilmektedir.

Genel Sağlık Sigortası'nda "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri kapsam dahilinde değildir. İlave ücret alınmayan sağlık hizmetleri aşağıdaki gibidir. Ancak Genel Sağlık Sigortası'nda "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" değiştiği takdirde aşağıdaki liste de aynı şekilde değişecektir.

- Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanser tedavisi (radyotetapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve hücre nakilleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Diyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri,

Sigortalının İstanbul, Ankara, İzmir, Kocaeli hariç diğer illerde geçerli alternatifi alması halinde sadece acil durumlarda İstanbul, Ankara, İzmir, Kocaeli illerinde bulunan SGK anlaşmalı kurumları kullanması mümkün olacaktır.

7- TAZMİNAT ÖDEMESİ

Tazminat Talebi Ve Ödeme İşlemleri

Her sağlık harcamasında Tazminat Talep Formunun ilgili doktor tarafından doldurularak ve / veya tazminat talep formunda yer alan tüm bilgileri içerir hekim raporu ekinde faturalar ve diğer ilgili belgelerin asılları ile SİGORTA ŞİRKETİ' ne gönderilmesi gerekmektedir. Bir tazminatla ilgili tüm belgeler birlikte gönderilmeli ve her türlü tetkik, tahlil, röntgen, ilaç vb. harcamaların doktor talebine istinaden yapıldığı belgelenmelidir. Tazminat evraklarının Sigorta Şirketi'ne tazminatın gerçekleştiği tarihten itibaren en geç 60 gün içerisinde iletilmesi gerekmektedir.

Fatura ekinde;

GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü, (E-Devlet, Tedavi Bilgileri Sorgulama Dökümü)

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Yatış / Ameliyat epikrizi, anamnez raporu, aptoloji raporu vb.

Sigortalı, trafik kazaları ve her türlü adli olayda adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı, savcılık kararı vb.) tazminat talebi ile birlikte sunmakla yükümlüdür.

Sigortacı gerekli gördüğü durumlarda Sigortalı'nın tedavi ve tetkikine ilişkin geçmiş veya mevcut tıbbi dosyalarını araştırma hakkına sahiptir. Ayrıca ihtiyaç duyulursa Sigortalı'nın başka bir hekim tarafından muayene ve tetkik edilmesini isteyebilir (İkinci Görüş alabilir) veya organize edebilir.

Tazminat ödemeleri, sigortalının bildirdiği banka hesabına 1 hafta içerisinde, havale/EFT şeklinde yapılır. Kredi kartlarına tazminat ödemesi yapılmamaktadır.

Halefiyet (Hakların Devri) İlkesi

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

Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar

Sigorta Şirketi, sağlık sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında sigortalılardan almış olduğu her türlü bilgiyi (hasar (tazminat), 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.

8- SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE SÖZLEŞMEDE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ

Sözleşmenin Yenilenmesi

Sigortacı, ÖBYG (Ömür Boyu Yenileme Garantisi) hakları saklı kalmak kaydı ile ürün özel şartlarında, teminat içeriğinde, teminat dışı kalan haller listesinde, teminat limitleri ve poliçe primlerinde değişiklik yapabilir. Yapılan değişiklikler, her bir sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur. Vadesi dolan sağlık sigortası poliçesi 30 gün içinde

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

yenilenmelidir. Poliçenin 30 gün içinde yenilenmemesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran yeni bir müşteri olarak kabul edilir.

Sigortacı ilk üç poliçe yılı boyunca her yenileme döneminde Sigorta Ettiren / Sigortalı'ya risk ve tazminat / prim oranı değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme sonucunda Sigorta Ettiren / Sigortalı standart olarak kabul edilebileceği gibi, beyan edilen veya poliçe yılı içerisinde ortaya çıkan hastalık / rahatsızlıklar için ek prim, istisna, bekleme süresi, üst limit veya katılım protokolü uygulanarak da kabul edilebilir.

Henüz Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanmamış olan sigortalılar için bir önceki sigorta yılı içerisinde teşhisi konan, ancak tedavisi mümkün olmayan ve/veya tekrarlama ihtimali yüksek ve/veya kronik hastalıklarda ve sigortanın kullanım sıklığına bağlı olarak, yeni yıl primlerine tazminat/prim oranından bağımsız olarak ek prim konabilir, üst limit, katılım protokolü uygulanabilir ve/veya o hastalıkla ilgili tedaviler istisna kabul edilebilir. Konulacak olan ek prim tutarı, bir önceki yılın toplam poliçe bedelini aşmayacaktır.

Sigortalıya ait özel istisnalar, poliçe yenilendiğinde Sigorta Şirketince hükümsüzlüğüne karar verilmedikçe yenilenen poliçelerde de aynı şekilde devam eder.

Bireysel yenileme poliçelerin tanziminde Sağlık Başvuru / Beyan Formunun doldurulması talep edilmez. Yenileme aşamasında yenileme formunun doldurulması talep edilmektedir.

Sigorta şirketi poliçe açılırken veya poliçe süresi içerisinde sigortalıya ait sağlık bilgilerini (poliçe öncesine ait olsa dahi) özel veya resmi sağlık kurumlarından, özel sigorta şirketlerinden veya Sigorta Bilgi Merkezi'nden isteme hakkına sahiptir.

Beyan Yükümlülüğü

Poliçe tanzimi sırasında sigortacı, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri sigorta ettiren/sigortalının Sağlık Başvuru / Beyan Formunda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. Sigorta ettiren ve/veya sigortalı Sağlık Başvuru / Beyan Formunda kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür.

Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca tanınan hak ve imkânlarla ilave olarak, sigorta ettiren ve/veya sigortalının Sağlık Başvuru / Beyan Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut rahatsızlık/hastalıklarının olması veya poliçe teminatlarının sigortalı tarafından yarar sağlamak amacı ile kötü niyetle kullanılması halinde, Türk Ticaret Kanununun Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

1435 ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6. Maddesi uyarınca poliçe sigortacı tarafından feshedilebilir veya bu rahatsızlık, hastalıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya ek prim alınarak poliçe devam ettirilebilir.

Sigorta Teminat ve Priminde Değişiklik

ÖBYG (Ömür Boyu Yenileme Garantisi) hakları saklı kalmak kaydı ile poliçe özel şartlarında, bekleme sürelerinde, teminat dışı kalan hallerde, teminatlarında, teminat limitlerinde ve primlerinde Sigorta Şirketi tarafından değişiklik yapılabilir. Bu değişiklikler her bir Sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Ray Sigorta A.Ş.'de kesintisiz olarak 3 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş sigortalılar sağlık riskleri Sigorta Şirketi tarafından incelenerek ömür boyu yenileme garantisine aşağıdaki şartlar dahilinde hak kazanabilirler.

Ray Sigorta, ömür boyu yenileme garantisi taşıyacak yeni sözleşmenin teminatlarını ve primini tespit edebilmek için geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri de dikkate alır. Sigortalının mevcut veya riskli hastalık ve rahatsızlıklarına, hastalık ek primi, limit ve sigortalı katılım payı uygulayabilir veya bunları teminat kapsamı dışında bırakabilir.

Sigorta bir yıl sürelidir. Ancak sigortanın 3 yıl üstüste hiç kesintiye uğratmadan yenilenmesi, azami iyi niyet prensibine aykırı hareket edilmemiş olması ve Sağlık Departmanının dördüncü yıl sigortalanmasını uygun görmesi, 3 yıl boyunca ortalama tazminat prim oranının %80 ve altında olması ve Ömür Boyu Yenileme Garantisiyle ilgili farklı bir görüş belirtmemesi durumunda, sigortalı aynı plan ile ömür boyu yenileme garantisine sahip olur. Sigortalıların Ray Sigorta'da Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını kazandıkları tarihten sonra ortaya çıkan hastalıkları, yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmamakta, tazminat prim oranına bağlı olarak ek prim alınmamakta ve söz konusu hastalıklar için hastalık ek primi alınmamaktadır. Yönetmelik kapsamında ÖBYG verildikten sonra "aynı plan" ile yenileme yükümlülüğü bulunmaktadır. ÖBYG öncesinde şirket, sigortalı ile anlaşılan bir plan üzerinden yenileme yapma hakkına haizdir.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigortacı ilk üç poliçe yılı boyunca her yenileme döneminde Sigorta Ettiren / Sigortalı'ya risk ve tazminat / prim oranı değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme sonucunda Sigorta Ettiren / Sigortalı standart olarak kabul edilebileceği gibi, beyan edilen veya poliçe yılı içerisinde ortaya çıkan hastalık / rahatsızlıklar için ek prim, istisna, bekleme süresi, üst limit veya katılım protokolü uygulanarak da kabul edilebilir. Sigorta Şirketi,Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olan sigortalının ömür boyu yenileme garantisi verildikten sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamını daraltmamakta, teminat limitini düşürmemekte, sigortalı katılım payını arttırmamakta ve sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapmamaktadır.

55 yaş üzerinde ilk kez Ray Sigorta da poliçe yaptıran kişilere Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmemektedir.

0 - 18 yaş arasındaki çocuklar 1 yıl bekleme halinde, yapılacak risk analizi neticesinde ömür boyu yenileme garantisine hak kazanabilirler.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olan Sigortalı'nın sigortalanmadan önce varolan beyan edilmemiş bir hastalık veya rahatsızlığının Sigortacı tarafından tespit edilmesi (Bkz. Genel Şartlar madde 6) halinde tespit edildiği tarih itibarı ile Poliçesi iptal edilebilir, ömür boyu yenileme garantisi iptal edilebilir veya tespit edilen hastalık ve / veya rahatsızlık için ek prim, katılım protokolü, üst limit veya istisna uygulanabilir. Bu durumda Ömür Boyu Yenileme Garantisi ilgili hastalık / rahatsızlığa uygulanan istisna, katılım protokolü, üst limit veya ek primle birlikte devam eder. Ek prim uygulaması yerine Sigortalı isterse bu rahatsızlığı / hastalığı ile ilgili istisna uygulanabilir.

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

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olan sigortalıların bir üst plana / ürüne ve / veya farklı üründen Tamamlayan Sağlık Sigortası ürününe geçiş talebi olması halinde veya ayakta tedavi teminatı içermeyen planlardan ayakta tedavi teminatı içeren planlara geçiş talebi olması halinde Ray Sigorta yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu talebin karşılanıp karşılanamayacağına karar verir. Değişiklik talebinin uygun görülmesi halinde ömür boyu yenileme garantisinin şartları yeniden düzenlenebilir. Sigortalının ürün değişiklik talebi sırasında 55 yaşından büyük olması veya ciddi bir sağlık riskinin (kanser, organ yetmezliği, koroner arter hastalığı, vb.) mevcut olması halinde plan / ürün değişikliğine izin verilmez.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigortalının üst plana / ürüne geçiş talebi veya ayakta tedavi teminatı içermeyen planlardan ayakta tedavi teminatı içeren planlara geçiş talebi haricinde Ray Sigorta tarafından ürün ve / veya limit değişikliği yapılamaz.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olan sigortalıların Tamamlayan Sağlık Sigortası ürününden bekleme süresi olan daha geniş kapsamlı bir ürüne / plana geçiş talebi olması halinde yatarak tedavilerde bulunan süre muafiyeti kazanılmış hak olarak devir alınmaz. Süre muafiyeti yeni dönem poliçesi itibari ile başlar.

Ray Sigorta'da Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunan sigortalının geniş kapsamlı bir plandan daha dar kapsamlı bir plana geçiş talebi olması halinde sigortalının kazanmış olduğu hakları verilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanan sigortalılardan yenileme döneminde alınacak olan maksimum yaş ek primi, bir önceki yılın toplam poliçe primini aşamaz ve bir önceki yıl poliçe için ödenen tutarla yenilenecek dönemde sigortalının poliçenin tarife prim toplamı, maksimum prim olarak sigortalıya sunulabilir. 70 yaşından sonra maksimum ek prim %300'ü geçmeyecektir.

Ömür boyu yenileme garantisi verilen sigortalının son kullandığı ürün yenileme esnasında şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise, ömür boyu yenileme garantisi hakkı saklı tutulmak şart ile sigortalının da onayı alınarak aynı şartları haiz, yoksa en yakın bireysel tarifelerinden biriyle yenilemesi yapılır.

Sigortalının ilk 3 yılında saptanan malignensi, kronik böbrek yetmezliği, geçirilmiş miyokard enfarktüsü, siroz ve karaciğer yetmezlikleri, MS (multipl skleroz), geçirilmiş CVA (serebrovasküler atak) ve inme durumlarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmemektedir.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, diğer şirkette ömür boyu yenileme garantisi almış olan sigortalının bu hakkının verilebilmesi için sağlık profilini belgelendirmesi gerekmektedir. Kişinin belgeleri sağlık departmanı tarafından incelenilerek risk değerlendirmesi yapılır ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin verilip verilmeyeceğine karar verilir.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, ömür boyu yenileme garantisi almamış olan sigortalının bu hakkının verilebilmesi için diğer sigorta şirketinde geçirmiş olduğu süre dikkate alınarak en az 3 yıllık sigortalılık süresini kesintisiz tamamlaması ve son 3 yıl ortalama Tazminat/Prim

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Oranının %80'in altında olması kaydıyla sağlık profilini belgelendirmesi sonrası belgeler riziko kabul departmanı tarafından incelenir ve mevcut duruma göre muafiyet, katılım protokolü veya ek prim uygulaması yapılarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin verilip verilmeyeceğine karar verilir.

Ray Sigorta'da bulunan grup sağlık sigortasından ayrılma sebebi işten ayrılma, emekli olma ve boşanma olan, bu durumu belgelenen ve grup sağlık sigorta poliçesi kapsamında ömür boyu yenileme güvencesi koşullarını sağlayarak bu hakkı elde eden kişilerin, Ömür Boyu Yenileme Güvencesi hakkı, gruptan ayrılma tarihlerini takiben 30 gün içerisinde ferdi poliçe satın almaları şartıyla ferdi sigortalı iken de devam edecektir.

9- PRİM TESPİTİ

9.1- Primin Tespitine İlişkin Kriterler

Satışta olan ürünlerin primleri, sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak her bir yaş ve cinsiyet için 6 eşit taksit ödeme planı ve iline göre sigorta şirketi tarafından belirlenen ve sigorta şirketinin uygun gördüğü dönemlerde revize edilen prim bedelleridir.

Ürünlerimizin fiyatlarını belirlerken, medikal enflasyon (Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'ne bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırma değişimi), özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç fiyatlarındaki değişim, ameliyatlarda kullanılan sarf malzeme fiyat artışı, teknolojiadaki yeni gelişmelere bağlı olarak karşımıza çıkan yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri) , ürün kar / zarar durumu, genel giderler, komisyon payı, portföyün yaşlanması, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görünen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınmaktadır. Ürün fiyatları gerekli görüldüğü durumlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir. Prim tespitine ilişkin kriterlere istinaden yapılan değerlendirmeler sonrası Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) olan sigortalılar da dahil olmak üzere her yaş ve cinsiyete ilişkin tarife priminin 3 katına kadar artış yapılabilir.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

9.2- Prime İlişkin Düzenlemeler

Sigortanın yenilenmesi esnasında son yılın Tazminat / Prim oranının değerlendirilmesi sonucu yeni yıl primlerine aşağıda belirlenen koşul ve oranlarda indirim veya medikal risk değerlendirmesine ek olarak ek prim uygulanabilir.

Tazminat/Prim Oranı (%)	P L A N	
	Ayakta+Yatarak İndirim (%) /Ek Prim	Yatarak İndirim (%) /Ek Prim
0-5	%25 indirim	%10 indirim
6-15	%20 indirim	%5 indirim
16-25	%15 indirim	%5 indirim
26-35	%10 indirim	%5 indirim
36-50	%5 indirim	0
51-60	0	0
61-100	0	0
101-150	%50'ye kadar ek prim	%50'ye kadar ek prim
151-200	%75'e kadar ek prim	%75'e kadar ek prim
201 ve üstü	%100'e kadar ek prim	%100'e kadar ek prim

Tazminat / Prim oranı hesabında, şirkete intikal etmiş tazminat tutarları ve mevzuata uygun olarak belirlenen gerçekleşmiş ancak bildirilmemiş vaka bedelleri toplamı ile yenileme dönemi öncesi hesapladığımız gün esasına göre hak edilmiş net primi dikkate alınır.

Henüz Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanmamış olan sigortalılar için bir önceki sigorta yılı içerisinde teşhisi konan, ancak tedavisi mümkün olmayan ve/veya tekrarlama ihtimali yüksek ve/veya kronik hastalıklarda ve sigortanın kullanım sıklığına bağlı olarak, yeni yıl primlerine tazminat/prim oranından bağımsız olarak ek prim konabilir, katılım protokolü uygulanabilir ve/veya o hastalıkla ilgili tedaviler istisna kabul edilebilir. Konulacak olan ek prim tutarı, bir önceki yılın toplam poliçe primini aşmayacaktır.

Sigortalılığın en az üç yıldan beri aynı plandan kesintisiz devam etmesi fakat sigortalının henüz ömür boyu yenileme garantisi kazanmamış olması ve belirtilen hastalıkların teşhisinin üçüncü yıldan sonra konması halinde ek prim, hastalıkla ilgili limit ve/veya katılım protokolü

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

uygulanabilir, ancak istisna uygulanmamaktadır. Her yenilemede uygulanabilecek ek prim oranı bir önceki yılın toplam poliçe primini aşmamak kaydı ile uygulanacaktır.

Sigortalılığın en az üç yıldan beri aynı plandan kesintisiz devam etmesi ve sigortalının ömür boyu yenileme garantisi kazanmış olması ve belirtilen hastalıkların teşhisinin üçüncü yıldan sonra konması halinde ömür boyu yenileme hakkını kazandıkları tarihten sonra ortaya çıkan hastalıkları, yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmamakta ve Hastalık ve Tazminat / Prim oranına bağlı ek prim alınmamaktadır.

Sigorta süresinin sonunda, poliçede bulunan yatarak tedavi ve ayakta tedavi teminatına ait harcamaların tümü değerlendirilir ve poliçede mevcut her kişi için ayrı hesaplanan ve yenileme tarihinde yürürlükte olan özel şartlarda belirtilen oranlarda indirim ya da ek prim uygulanır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanan sigortalılardan yenileme döneminde alınacak olan maksimum yaş ek primi, bir önceki yılın toplam poliçe primini aşamaz ve bir önceki yıl poliçe için ödenen tutarla yenilenecek dönemde sigortalının poliçenin tarife prim toplamı, maksimum prim olarak sigortalıya sunulabilir. 70 yaşından sonra maksimum ek prim %300'ü geçmeyecektir.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında olan 18 yaşından küçük kişiler ek prim ödenmesi koşulu ile tek başlarına Tamamlayan Sağlık Sigortası kapsamında sigortalanabilirler.

YAŞ	TARİFE PRİMİNE UYGULANACAK EK PRİM ORANLARI
0	%100
1-3	%70
4-6	%50
7-17	%35

10- YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

İşbu poliçe Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından kapsama alınan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için geçerli olacaktır.

65 yaşından gün almamış kişiler sigortalanabilir. Bu üründen 64 yaşından önce sigortalanan kişilerin poliçeleri 64 yaşından sonra da devam ettirilebilir.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Yeni doğan bebeğin sigorta teminatına dahil edilmesi:

Bebeğin dünyaya gelmesini takip eden en az 72 saat sonra doğum belgesi ve Başvuru / Beyan Formu ile başvuruda bulunulması, Sigorta Ettiren tarafından Sigorta Şirketi tarifesinde yeralan primin kabul edilmesi ve başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilmesi halinde poliçe başvuru tarihi itibarıyla düzenlenir. Aksi halde yeni doğan bebek teminata dahil değildir. Eğer, bebek doğumu takip eden 72 saat sonunda hala hastanede tedavi görmekte ise, bebeğin poliçe kapsamına alınması için taburcu oluşuna kadar beklenir. Taburcu olan bebeğin tüm rapor ve sonuçları şirket doktoru tarafından incelendikten sonra teminat kapsamına alınıp alınamayacağına karar verilir. Bebeğin doğum tarihini takip eden 15 gün içinde yapılmayan başvurularda bebek risk analizi yapılarak sigortalanabilir.

11- GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Başka bir sigorta şirketinden ayrılıp Ray Sigorta'ya geçiş yapıldıysa, daha önceki şirketten kazanılmış hakları gösteren geçiş formunun ibraz edilmesi halinde, Sağlık Departmanı onayından geçen kazanılmış haklar şirketimiz tarafından da tanınır. Bununla birlikte, eski poliçede teminat kapsamında olan ama bu sigortada bulunmayan hizmetler kapsam dışı kalacaktır.

Şirket değişikliği ya da daha geniş teminatlar içeren bir sigortaya geçiş halinde, önceki dönemden gelen hastalıklara ait tedavi giderleri, eski sözleşme koşulları çerçevesinde sigorta şirketi onayı sonrası ödenebilir. Sigortalıların bir üst plana / ürüne ve / veya farklı üründen Tamamlayan Sağlık Sigortası ürününe geçiş talebi olması halinde veya ayakta tedavi teminatı içermeyen planlardan ayakta tedavi teminatı içeren planlara geçiş talebi olması halinde Ray Sigorta yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu talebin karşılanıp karşılanamayacağına karar verir. Sigortalının üst plana / ürüne ve / veya farklı üründen Tamamlayan Sağlık Sigortası ürününe geçiş talebi veya ayakta tedavi teminatı içermeyen planlardan ayakta tedavi teminatı içeren planlara geçiş talebi haricinde Ray Sigorta tarafından ürün ve / veya limit değişikliği yapılamaz.

Sigortalının Tamamlayan Sağlık Sigortası ürününden bekleme süresi olan daha geniş kapsamlı bir ürüne / plana geçiş talebi olması halinde yatarak tedavilerde bulunan süre muafiyeti kazanılmış hak olarak devir alınmaz. Süre muafiyeti yeni dönem poliçesi itibarıyla başlar.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigortalının Ray Sigorta'da geniş kapsamlı bir plandan daha dar kapsamlı bir plana geçiş talebi olması halinde yapılacak risk değerlendirmesi neticesinde Sağlık Departmanı onayı ile sigortalının kazanmış olduğu haklar devam ettirilir.

Sigortalının şirket ve / veya plan / ürün değişiklik talebi sırasında 55 yaşından büyük olması veya ciddi bir sağlık riskinin (kanser, organ yetmezliği, koroner arter hastalığı, vb.) mevcut olması durumunda daha geniş kapsamlı ürüne geçiş yapamaz.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, diğer şirkette ömür boyu yenileme garantisi almış olan sigortalının bu hakkının verilebilmesi için sağlık profilini belgelendirmesi gerekmektedir. Kişinin belgeleri sağlık departmanı tarafından incelenerek risk değerlendirmesi yapılır ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin verilip verilmeyeceğine karar verilir. Sigortalının geniş kapsamlı bir plandan daha dar kapsamlı bir plana geçiş talebi olması halinde yapılacak risk değerlendirmesi neticesinde Sağlık Departmanı onayı ile sigortalının kazanmış olduğu hakları verilir.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, ömür boyu yenileme garantisi almamış olan sigortalının bu hakkının verilebilmesi için diğer sigorta şirketinde geçirmiş olduğu süre dikkate alınarak en az 3 yıllık sigortalılık süresini kesintisiz tamamlaması ve ortalama Tazminat/Prim Oranının %80'in altında olması kaydıyla sağlık profilini belgelendirmesi sonrası belgeler riziko kabul departmanı tarafından incelenerek risk değerlendirmesi yapılır ve mevcut duruma göre muafiyet, katılım protokolü veya ek prim uygulaması yapılarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin verilip verilmeyeceğine karar verilir. Sigortalının geniş kapsamlı bir plandan daha dar kapsamlı bir plana geçiş talebi olması halinde, yapılacak risk değerlendirmesi neticesinde sigortalının kazanmış olduğu hakların hangi koşullarla devam edip ettirilmeyeceğine karar verilir.

Ray Sigorta A.Ş sigortalının yazılı onayının alınması sonrası ve / veya beyan formunda yeralan onayına istinaden başka sigorta şirketine geçiş yapmak istemesi halinde sağlık profiline ilişkin geçiş bilgilerini ilgili Sigorta Şirketi'ne gönderir.

12- SÖZLEŞMENİN SONA ERME ESASLARI

12.1- Sözleşme İptalleri ve Poliçeden Çıkış İşlemleri

Sigortalı / Sigorta Ettirenin Talebi ile İptal

Sigortalı / sigorta ettiren sağlık poliçesinin iptalini Doğum Ek Teminatının alındığı planlar hariç olmak üzere Şirketten resmen talep etme hakkına sahiptir. Doğum Ek Teminatının

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

alındığı planlara ilişkin iptal taleplerinde Ray Sigorta tarafından yapılacak değerlendirme neticesinde poliçenin iptal edilip edilmeyeceğine karar verilir. İptal işleminin yapılabilmesi için sigorta ettiren tarafından düzenlenen poliçenin iptal nedenini ve iptal edilmesi istenilen tarihi içeren iptal bildirim yazısı ekinde poliçe aslını Genel Müdürlüğe gönderir. Sigorta ettirenin poliçenin iptalini talep etmesi durumunda, herhangi bir tazminat ödemesinin yapılmamış olması kaydıyla işlemiş süreye ilişkin prim iadesi hesabında kısa süreli sigortalarda uygulanan şekilde sigorta başlangıcından itibaren geçen gün sayısı dikkate alınarak sigortalı kalınan gün esasına göre prim iadesi yapar.

Bireysel poliçelerde sigortalıya ödenen hasar, muallak hasar, provizyon talebi vb. varsa iptal nedeniyle sigorta ettirene 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 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 iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.

Sigorta ettirenin iptal yapılmasını istediği tarih, şirkete ulaştığı tarihten maksimum bir hafta önce olabilir.

Grup poliçelerindeki çıkış işlemlerinde gün esaslı iade uygulanır.

Sigortalılık yılı içinde sigortadan ayrılan/vefat eden kişiye ödenen tazminat, muallak tazminat, provizyon talepleri vb yok ise şirket, ilgili prim iadesini, iptal tarihinden başlayıp bitiş tarihine kadar olan süre esas alınarak gün esaslı olarak yapılır.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi gibi kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda Sigortacı, teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.

Sigortacı, sigortalı / sigorta ettirenin başvuru formunda mevcut bir rahatsızlığını beyan etmediğini tespit ettiği takdirde, tazminat talebini ret ederek Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6'ya istinaden poliçeyi iptal edebilir.

Fesih

Fesih işleminin yapılabilmesi için iptal talebi ile poliçe tanzim tarihi arasındaki tarihin 30 günü geçmemiş olması gerekmektedir. 30 günü geçen durumlarda primin tamamının iadesi yapılmaz

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

ve gün esaslı iptal devreye girer. 30 gün içinde dahi olsa kişiye ödenen veya muallak tazminat varsa, fesih yapılmaz, gün esaslı iptal devreye girer. Fesih edilmiş poliçelerin yürürlüğe alınması, sigorta şirketinin onayına bağlıdır.

Primler vadesinde ödenmediğinde; sigortalıya tazminat ödemesi yapılmaz ve Sağlık Sigortası Genel Şartları hükümleri uyarınca poliçe iptal edilir.

Eksik Beyan Nedeniyle İptal

Şirket, sigortalı / sigorta ettirenin başvuru formunda mevcut bir rahatsızlığını beyan etmediğini tespit ettiği takdirde, tazminat ret ederek Sağlık Sigortası Genel Şartları MADDE 6'ya istinaden poliçeyi iptal edebilir. Eksik beyanı saptanan sigortalının poliçesi tüm bağımlıları ile beraber (tüm aile bireyleri) Eksik beyan prosedürüne uygun olarak iptal edilir ve eksik beyanı saptanan kişinin aile bireylerine de daha sonra poliçe açılmaz.

Poliçenin iptaline ilişkin satış kanalına duyuru yapılır, duyuruyu takiben üç iş günü içerisinde sigortalıya ihtarname çekilerek prosedür başlatılır ve Genel Müdürlükçe poliçe prim iadesiz olarak iptal edilir.

İptal tarihi, eksik beyanla ilgili duyuru tarihi olup, tazminat kontrolü yapılmaksızın prim iadesiz eksik beyandan iptal yapılır.

Prim Borcu Nedeniyle İptal

Sigorta primi veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise peşinatı poliçenin teslimine rağmen ödenmemişse, sigortacının sorumluluğu başlamaz. Rizikonun gerçekleşmesi halinde taksitlerin tümü muaccel olur. Sigorta ettiren vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer.

TTK 1434. Madde uyarınca ilk taksiti veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim ödenmez ise :

İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağının, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise :

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.

İptal Poliçenin Yürürlüğe Alınması

Sağlık Sigortası Genel Şartları MADDE 8’de belirtilen esaslar doğrultusunda prim borçları nedeniyle iptal edilen ürünlere ait poliçeler iptal tarihi üzerinden üç aydan fazla süre geçmemiş olması kaydıyla aşağıda yazılı şartların sağlanması halinde tekrar yürürlüğe alınabilir.

- | Sağlık başvuru ve beyan formlarının sigorta ettiren tarafından doldurulması
- | Poliçe iptal tarihi üzerinden üç aydan fazla süre geçmemiş olması
- | Poliçenin toplam prim borcunun tamamının ödenmiş olması
- | Sigortalının sağlık durumunun risk teşkil etmediğinin değerlendirilmesi, sigortalılık süresi ve satın aldığı riske göre istenecek diğer ek belgelerin Şirkete teslimi.
- | Riziko Kabul Departmanı tarafından istenecek ek bilgi ve belgelerin sunulması, Sigorta ettiren, (poliçe içinde ve poliçenin iptal tarihi ile yürürlüğe dönüş tarihi arasındaki) sağlık başvuru ve beyan formlarında tüm riskleri beyan etmek zorundadır.

Mevcut tüm riskler için poliçenin yürürlüğe alınma şartlarına doktor görüşü ile karar verilir.

Sağlık beyan formunda beyan edilen rahatsızlıklara göre poliçe yürürlüğe döndürülmeyebilir, istisna konabilir, üst limit, katılım protokolü belirlenebilir, ek prim uygulanabilir.

Sağlık beyan formunda beyan edilmeyen rahatsızlıkların saptanması halinde yıl içi risk analizi ve eksik beyan uygulaması yapılacaktır.

Şirket, sigortalı /sigorta ettiren tarafından iptali istenilen poliçeleri tekrar yürürlüğe almaz, bu durumda sigortalı /sigorta ettiren yeni poliçe satın alabilir. Sigorta şirketi bu durumdaki poliçeler için risk analizi yapacaktır.

Sigorta yılı içerisinde sigortalı/sigorta ettiren isteği ile poliçe iptal ettirildikten sonra 15 gün içerisinde daha yüksek teminatlı farklı bir plan satın alınamaz. Bu talep en fazla aynı plan için karşılanabilir ya da daha düşük teminatlı bir ürün için uygulanabilir. İptal tarihinden 15 gün sonra yapılacak plan değişikliklerinde sigortalının poliçesi tamamen ilk kez sigortalıyormuş gibi işlem görür ve geçmişten gelen tüm sigortalılık hakları kaybolur.

Eksik beyan nedeniyle sigorta şirketi tarafından iptal edilen poliçeler hiçbir şekilde yürürlüğe döndürülemezler. Eksik beyanı saptanan kişinin aile bireylerine de daha sonra poliçe açılması GM Sağlık teknik departmanının onayına tabiidir.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

12.2- Vefat Durumu

Sigorta Ettiren / Sigortalının Vefatı

Sigorta süresi içinde Sigorta Ettiren'in vefatı halinde sigortalıların ilgili sigorta sözleşmesine ait kalan prim borçlarını ödemeye devam etmeleri durumunda, sözleşme aynı şartlarda yürürlükte kalabilir. Prim borçlarının ödenmemesi halinde Sağlık Sigortası Genel Şartları ilgili maddesi uyarınca sözleşme sona erer. Sigorta süresi içinde sigortalının vefat etmesi durumunda tazminat ödensin ya da ödenmesin sözleşme hükümsüz olup Sigortacı ilgili döneme ait prime hak kazanır.

Sigorta Sözleşmesi yürürlükte iken Sigortalı'nın Sigortacı tarafından Anlaşmalı Kuruluş Ağı içerisinde bir Sağlık Kuruluşu'nda onaylanmış bir tedavisi sürmekte iken vefat etmesi halinde, Sigortacı ilgili tedavinin kapsam dahilindeki giderlerini Anlaşmalı Kuruluş'a direk öder.Kapsam dışındaki giderlerin Anlaşmalı Kuruluş'a ödenmesi hususunda Sigortacının yükümlülüğü yoktur.

Bu durumda Sigortacı tazminatın ödendiği tarihten itibaren bütün yükümlülüklerini yerine getirerek ilgili döneme ait prime hak kazanmış olur.

13. Rücu Hakkı

Sigortacı, sigortalının veya doktorun yanlış ve/veya eksik bilgilendirmesi yüzünden poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen ödeme yapması durumunda, bu ödemeleri sigortalıya rücu ederek tahsil eder. Sigortacının herhangi bir nedenle poliçe teminatı kapsamında olmayan bir ödeme yapmış olması, sigortalı tarafından kazanılmış bir hak olarak değerlendirilemez.

13. Ekonomik Yaptırımlar

İşbu sözleşmenin diğer hükümlerine bakılmaksızın, sigortacı, ticari veya ekonomik yaptırımları, kanunları veya düzenlemeleri ihlal eden sigortalıya veya sigortalının bu poliçeden teminat, ödeme, servis, menfaat sağlayabilecek ve/veya herhangi bir iş ilişkisi / faaliyeti olan üçüncü şahıslara; sigorta şirketinin tabi olduğu hukuk kuralları içerisinde herhangi bir teminat veya ödeme veya servis veya menfaat sağlamaz.

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.03.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.