

HAMİLELERE ÖZEL DOĞUM VE ACİL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş (bundan sonra "Sigortacı" olarak anılacaktır), bu sigorta sözleşmesi uyarınca, sigortalının sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan ve bu sözleşmede tanımlanan acil durumlardaki sağlık giderleri ile satın alınması halinde hamilelik, doğum giderleri ve yenidoğan sağlıklı bebek giderlerini, bu özel şartlarda yer alan teminat kapsamı, poliçede belirtilen teminatlar ve teminat tablosu doğrultusunda güvence altına almaktadır.

2. TANIMLAR

Anlaşmalı Sağlık Kurumları:

Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasında yapılan bir anlaşmalı kurum sözleşmesi kapsamında ve Sigortacı tarafından sigorta sözleşmesi ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş olan sağlık kurumlarını, Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmalı kurum sözleşme şartlarını kabul ederek, anlaşmalı sağlık kurumunun faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren Kadrolu Doktorları ve eczaneleri kapsamaktadır.

Anlaşmasız Sağlık Kurumları:

Sigortacı ile arasında bir anlaşmalı kurum sözleşmesi bulunmayan sağlık kurumlarını, Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmalı kurum sözleşme şartlarını kabul etmeyen ve kendi faturasını düzenleyen Doktorları ve eczaneleri ifade eder.

Azami İyi Niyet Prensibi:

Sigortacı bu sigorta sözleşmesini ve sözleşme şartlarını Sigorta Ettiren'in beyanına dayalı olarak oluşturmaktadır. Bu nedenle Sigorta Ettiren, başvuru formu ile bunu tamamlayıcı belgelerde doğru bilgi vermek/ beyanda bulunmak ve sigorta sözleşmesinin konusunu teşkil eden, sigorta sözleşmesi talebinin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları beyan etmekle yükümlüdür.

Sonuç olarak azami iyi niyet; sorulmuş olsa da olmasa da Sigorta Ettiren'in, sigorta sözleşmesinden yararlanacak tüm Sigortalıların, geçmiş ve mevcut hastalıkları ve sağlık durumu ile ilgili tüm bilgileri tam ve yanılmaya mahal vermeyecek şekilde, gönüllü olarak Sigortacı'ya bildirmesidir.

Beyan:

Sigorta başvurusu sırasında Sigortalı'nın Sigortacı'ya ilettiği bilgilerdir.

DeneySEL veya Araştırma Amaçlı İşlem:

Hastalığın tanı ve tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli ve yabancı otoriteler (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), tıp fakülteleri, ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı, uzmanlık dernekleri vb) tarafından kabul görmüş olmayan, tıbbi cemiyet veya otoritelerin yapılacak işlemin deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem için bir başka kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen veya herhangi bir rahatsızlık olmadan araştırma, kontrol (check-up) amacıyla uygulandığına Sigortacı tarafından karar verilen tetkik ve tedavilerdir.

Doğuştan Gelen Hastalık (Konjenital Hastalık):

Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır.

Doktor:

Sağlık hizmetinin verildiği Coğrafi Bölgede geçerli olan yasalar çerçevesinde resmi olarak tıp doktoru ünvanı ve belgesi verilmiş olan kişidir.

Dönemsel İndirimler

Sigortacı tarafından belirlenen ve dönemsel olarak değişiklik gösterebilecek olan indirimleri ifade eder. Bu indirimler "diğer indirimler" başlığı altında bildirilen indirimleri kapsar.

Genel Şartlar:

T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen Sağlık Sigortası Genel Esaslarıdır.

İlk Sigortalanma Tarihi:

Sigortalının özel sağlık sigortası kapsamına ilk giriş yaptığı ve Sigortacı tarafından kabul edilen ilk sigortalanma tarihini ifade eder.

İstisna:

Sigorta sözleşmesinin kapsamı dışında bırakılan durumlardır.

Kadrolu Doktor:

İlgili il Sağlık Müdürlüğü'ne Sağlık Kurumu tarafından bildirilen ve Sağlık Kurumu'nun tam zamanlı çalışanı durumunda bulunan Doktorları ifade eder.

Katılım Payı:

Sigorta sözleşmesi ekinde verilen teminat tablosunda belirtilen tutar ya da oranda, kabul edilebilir sağlık gideri üzerinden hesaplanan, Sigortalı'nın üstleneceği miktarı ifade eder.

Kapsam:

Sigortacı'nın her bir Teminat için belirlediği ve karşılamayı taahhüt ettiği sağlık harcamalarının türüdür.

Kaza:

Ani, beklenmeyen, istenmeyen, önceden engellenemeyen veya planlanamayan olaylar ve bu olaylardan kaynaklanan hastalık veya yaralanmalardır.

Kazanılmış Haklar:

Bu sigorta sözleşmesinde kazanılmış haklar, İlk Sigortalanma Tarihi ve Yenileme Güvencesi haklarını ifade eder.

Limit:

Sigortacı'nın teminat kapsamında bulunan ve işbu özel şartlara göre ödemeyi üstlendiği maksimum, kabul edilebilir sağlık giderini ifade eder.

Mevcut Rahatsızlık ve/veya Hastalık:

Belirtisinin/ bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı poliçe başlangıç tarihi öncesinde ortaya çıkmış rahatsızlıklar ve/veya hastalıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen durumlardır.

Muafiyet:

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği teminat kapsamında değerlendirilen sağlık giderlerinden Sigortalı'nın üstleneceği kısmı ifade eder. Muafiyet bilgisi, sigorta sözleşmesi ekinde verilen teminat tablosunda belirtilir.

Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) Hasta Bilgi Formu:

Sağlık Kurumlarından hizmet alınması durumunda Doktor tarafından doldurulması gereken formdur. İlgili form, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda mevcut olup, anlaşmasız sağlık kurumları için www.bupaacibadem.com.tr adresinden ulaşılabilir.

Özel Şartlar:

T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen Sağlık Sigortası Genel Şartları dikkate alınarak, Sigortacı'nın her bir ürün için oluşturduğu, Sigortacı ve Sigortalı/Sigorta Ettiren'in hak ve yükümlülüklerinin belirtildiği yazılı kurallardır.

Poliçe:

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı ve Sigortacı'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve yükümlülüklerini gösteren bir ispat vasıtasıdır.

Provizyon:

Sigortalı'nın tedavisiyle ilgili Anlaşmalı Sağlık Kurumu tarafından Sigortacı'nın 7/24 provizyon merkezinden istenen ön onayı ifade etmektedir.

Referans Doktor:

İşbu sözleşme kapsamında değerlendirilecek sağlık giderlerinin tıbbi gerekliliğine dair uzman görüşü alınan ve Sigortacı tarafından belirlenen anlaşmalı Doktordur.

Riskli gebelik ya da yüksek riskli gebelik:

Gebelik öncesi ya da gebelikte ek bir hastalığı olan veya rutin taramalarda düşük riski veya bebekte sakatlık riski çıkan gebeliklerdir.

Sağlık Gideri:

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları'na göre teminat kapsamında olduğu tespit edilen, sigorta süresi içerisinde gerçekleşen, Sigortacı'nın Tıbbi Gereklilik koşuluna uygun olan, Doktor tarafından yazılı olarak planlanan tetkik ve/veya tedavi işlemlerine ait giderleri ifade eder.

Sağlık Kurumu:

Sağlık Bakanlığınca yasal mevzuata uygun olarak çalışma ruhsatı ile faaliyet gösteren, tıbbi bakım ve tedavi hizmeti veren hastane, klinik, poliklinik, muayenehane, teşhis ve tedavi merkezleri ile eczaneleri ifade eder.

"Sağlık Kurumu" deyimi; otel, huzurevi, bakımevi, nekahathane, yetimhane ve darülacezeleri, esas olarak uyuşturucu bağımlıları ile alkoliklerin tecrit ve tedavisi için kullanılan yerleri, sanatoryumları, kaplıcaları, sağlık hidrolarını, zayıflama merkezlerini içermez.

Sağlık Hizmet Tarifesi:

Sağlık hizmeti veren kurumlardaki tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB) güncel birimleri olan Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) vb.)

Sigorta Ettiren:

Sigorta Ettiren, sigorta sözleşmesini yapan ve prim ödemek dahil sigorta sözleşmesinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirme sorumluluğunu taşıyan kişidir.

Sigortalı

Sigortalı, Poliçede ismi/ isimleri belirtilen ve sigorta sözleşmesi ile menfaatleri teminat altına alınan ve sağlık giderlerini talep hakkı bulunan kişilerdir.

Sigortacı:

Sigorta sözleşmesindeki sigorta hizmetini veren, Sigortalı'nın sağlık harcamalarını karşılamayı üstlenmiş olan tarafı ifade eder. Burada bu hizmet, Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş. tarafından verilmektedir.

Tarife Primi:

Bilimsel kabul görmüş ya da şirketin tecrübe edilen aktüeryal metodolojileri baz alınarak geçmişin, bugünün ve geleceğin frekans, şiddet ve benzeri etkileri gözetilerek hesaplanan baz primdir.

Tazminat:

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği teminat kapsamında değerlendirilen sağlık giderlerinin, ilgili Poliçe döneminde yer alan teminat, limit, Muafiyet ve Katılım Payı dikkate alınarak ödenen tutarıdır.

Teminat:

Sigortacı'nın Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği, sigorta süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri için Sigortalı'ya verdiği güvencedir.

Tıbbi Gereklilik:

Tetkik ve tedavi işlemlerinin bir hastalığın ve/veya rahatsızlığın tedavisi için gerekli ve etkili olması durumudur. Tetkik veya tedavinin bir Doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına Tıbbi Gereklilik koşulunun bulunduğu şekilde yorumlanamaz. Uyuşmazlık durumlarında Tıbbi Gereklilik, Sigortacı'nın Referans Doktoru tarafından belirlenmektedir.

3. TEMİNATLAR

Aşağıda yer alan teminat grubu veya teminatlardan birisi veya bir kısmı veya tamamı, Poliçe ekindeki Teminat tablosu üzerinde açıkça yazılması ve priminin ödenmesi karşılığında Poliçe Özel ve Genel Şartları'ndaki hüküm ve şartlar çerçevesinde verilir.

3.1. Hamilelik ve Doğum Teminatı Grubu

Bu teminat grubu ile Sigortalı'nın rutin ve risk içermeyen hamilelik ve doğum ile ilgili hastaneye yatış-çıkış tarihleri arasındaki sağlık giderleri ile hamilelik döneminde yapılacak olan rutin kontroller ve yenidoğan bebeğe ait giderler bu teminat grubu kapsamında karşılanır.

Hamilelik ve Doğum Teminat Grubu aşağıdaki teminatları içermektedir.

- Doğum Teminatı
- Hamilelik Rutin Kontrol Teminatı
- Yeni Doğan Bebek Teminatı

3.2. Yatarak Tedavi Teminatı Grubu

Bu teminat ile sadece Teminat Uygulama Usül Ve Esasları bölümündeki "Acil Tıbbi Durumlar" başlığı altında belirtilen durumlarda, Sigortalının sağlık durumu stabil hale gelene kadar ameliyat ve hastanede yatarak yapılan tedavileri için, doktor, ameliyathane, oda yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır), tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığın komplikasyonlarının tedavisi için gerekli ve zorunlu diğer tıbbi hizmetlere ait giderleri ile yoğun bakım giderleri, yatarak tedavi teminatı kapsamında karşılanır.

Yatarak Tedavi Teminatı Grubu aşağıdaki teminatları içermektedir.

- Hastane Tedavi Teminatı
- Yoğun Bakım
- Ameliyat
- Acil Ulaşım

4. BEKLEME SÜRELERİ

Bu sigorta sözleşmesi kapsamında değerlendirilen ve "Teminat Uygulama Usül Ve Esasları" bölümünde tanımlanmış "Yatarak Tedavi Teminat Grubu" ile "Hamilelik ve Doğum Teminatı" grubu kapsamındaki teminatlar için herhangi bir bekleme süresi uygulanmamaktadır.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER**5.1. Hamilelik ve Doğum Teminatı Grubu Teminat Dışı Halleri**

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilen teminat dışı hallerle birlikte, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak her türlü sağlık gideri de teminat kapsamı dışındadır.

1. Poliçe geçerlilik süresinde ve hamilelik döneminde gerçekleşmiş, hamilelik ve doğum teminatı kapsamında değerlendirilmeyen her türlü durum nedeniyle oluşan muayene, tetkik, ilaç ve tedavi giderleri,
2. Poliçe geçerlilik süresinde hamilelik ile ilgili ve acil olsa dahi, rutin hamilelik seyri dışındaki her türlü durum nedeniyle oluşan muayene, tetkik, ilaç ve tedavi giderleri,
3. Riskli gebelik ya da yüksek riskli gebelik nedeniyle oluşan tüm giderler, (Amniosentez ve genetik incelemesi ile genetik tanı koymaya yarayan prenatal tüm testler dahil)

4. Hamileliğin beklenen doğum tarihinden önce düşük ve/veya doğum ile sonlanması halinde, aynı poliçe yılı içinde oluşacak sonraki hamileliğe/hamileliklere ait doğum ve hamilelik giderleri,
5. Hamilelik ve/veya doğum komplikasyonları nedeniyle oluşan tüm giderler,
6. Düşük tehtidi, servikal yetmezlik, erken doğum tehtidi gibi rutin hamilelik sürecine girmeyen nedenlerle oluşan tüm giderler,
7. Gebelikte hipertansiyon, diyabet, aşırı kusma gibi hamilelik komplikasyonları nedeniyle oluşan sağlık giderleri,
8. Yeni doğan bebek teminatında tanımlanmayan, bebeğe ait her türlü tetkik ve tedavi giderleri,
9. Yeni doğan bebeklerin prematürel ve yeni doğan yoğun bakım kuvöz masrafları,
10. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformiteler ile ilgili tetkik, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,
11. Genetik hastalıklar, genetik kusurlar ve genetik incelemeler,
12. Hekimlik ücretindeki öğretim üyesi farkı ve anlaşmalı sağlık kurumu kadrolu uzman hekimine ödenen tutarın üzerindeki fark ücreti,
13. Hamilelik ile ilgili olsa dahi reçete edilen ilaçlar ve/veya vitaminler,
14. Poliçenin geçerli olduğu anlaşmalı kurumlar dışındaki sağlık kurumlarında gerçekleşen hamilelik ve doğum giderleri
15. Koruyucu amaçlı yapılan tüm aşılar ve bu aşılarla ilgili test giderleri,
16. Kan uyuşmazlığı nedeniyle yapılan her türlü tetkik ve tedavi,
17. Kordon kanı ve kök hücre alınması, nakli ve işlenmesi ile ilgili tüm giderler,
18. Düşük nedenlerinin araştırılması, infertilite (kısırlık) teşhis ve tedavisi (ovülasyon takibi, adhezyolizis, tuboplasti vb.), histerosalpingografi (HSG)
19. Kozmetik amaçlı yapılan her türlü tedavi, kilo kontrol bozuklukları ile ilgili (şişmanlık veya zayıflık) tetkik ve tedavi giderleri, hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili giderler,
20. Kaplıca kürleri, çamur banyoları, şifa kürleri, masaj, jimnastik salonları ve zayıflama merkezleriyle ilgili giderler,
21. Çocuk bakımı, çocuk maması, bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili tüketim malzemeleri, alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan (tedavi amaçlı kullanılan medikal şampuanlar hariç), saç solüsyonu, diş macunu, tatlandırıcı, kozmetik ürünler,
22. Özel hemşire masrafları, telefon, hasta ve refakatçi yemekleri haricindeki yiyecekler ve benzeri tüm ekstra harcamalar, suit oda farkı,
23. Poliçede belirtilen "Doktor" ve "Sağlık Kurumu" tanımına uymayan kişi ve kurumlara ait faturalar,
24. Bilimselliği kanıtlanmamış Deneysel ya da Araştırma amaçlı yapılan işlemler, well-being, alternatif tıp yöntemleri (akupunktur, mezoterapi vb.) ile ozon terapisi,
25. Hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol amaçlı yapılan işlemler,
26. Özel şartlarda tanımlanmış olsun ya da olmasın poliçenin teminat tablosunda ve ilgili teminat kapsamında belirtilmeyen teminatlar ve/veya işlemler,
27. Sigortalını vefatı halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
28. Sigortalının hastalık, hamilelik ve doğum sonrası çalışmaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,
29. Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası,
30. Doğum kontrol yöntemlerine (tüp ligasyon, rahim içi araç uygulaması vb.) ait giderler,

5.2. Yatarak Tedavi Teminatı Grubu Teminat Dışı Halleri

1. Sigortalanmadan önce teşhisi konmuş olsun ya da olmasın, poliçe başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar ile bunların periyodik devamlılık ve nöksleri ile bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlara ilişkin tüm giderler ve sakatlıklar,
2. Sigortalı acil durum nedeniyle hastaneye yatsa bile, sağlık durumu stabil hale geldikten sonra gerçekleşmiş tetkik ve tedaviler,
3. Sözleşmenin yenilenmesi durumunda önceki sözleşme döneminde meydana gelmiş ya da ödenmiş hastalıklar ile ilgili giderler,
4. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformitelere ilişkin tetkik, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,
5. Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tetkik ve tedavi işlemleri,
6. HIV virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm giderler, AIDS ve komplikasyonları,

7. Demansiyel sendromlar (Alzheimer Hastalığı ve bunamalar), psikiyatrik, geriatrik hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları,
8. Organ nakli ile ilgili tüm giderler ile kan naklinde verici giderleri,
9. Özel hemşire masrafları, telefon, hastane hasta yemekleri haricindeki yiyecekler ve benzeri tüm ekstra harcamalar, suit oda farkı,
10. Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve hastalıklar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen Sigortalı'nın hastalık, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri.
11. Diş, diş eti, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik tetkik, tedavi ve komplikasyonları,
12. Motosiklet kullanma, lisanslı ve lisanssız olarak yapılan her türlü spor ile tehlikeli sporlar sonucu meydana gelecek sakatlanma ve yaralanmalar,
13. Sigortalı'nın, ehliyetsiz araç kullanımı sonucu olan kazalarının gerektirdiği tedavi masrafları,
14. Teminat Uygulama Usül Ve Esasları bölümündeki "Acil Tıbbi Durumlar" başlığı altında belirtilenlerin dışında olan bir durumdan dolayı gerçekleşen tüm masraflar teminat kapsamı dışındadır.
15. Riskli gebelik, hamileliğe bağlı ve/veya doğum komplikasyonları ile ilgili acil durumlar,
16. Özel şartlarda tanımlanmış olmakla beraber Poliçe'nin teminat tablosunda belirtilmeyen teminatlar ve bu teminatlar kapsamındaki tüm işlemler,
17. Sigortalı'nın vefatı halinde cenaze ile ilgili giderler. (morg, cenaze nakli vb.)
18. Sigortalının hastalık sonucu çalışmaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,
19. Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası
20. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve/veya T.C Sağlık Bakanlığı tarafından resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar ve karantina,
21. Geri ödeme alınmayacak kurumlar ve/veya hekimler tarafından yapılan tedavilere ait sağlık giderleri.
22. Hayati öneme sahip olmayan ve alternatif tetkik ve/veya tedavi yöntemi olmasına rağmen teknolojik gelişmeler doğrultusunda yeni uygulamaya alınan tetkik ve/veya tedavi yöntemleri nedeniyle oluşan fark ücreti.

Sigortacı, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu "Teminat Dışı Kalan Haller"de düzenlemeler yapabilir. "Teminat Dışı Kalan Haller"de yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Bu sigorta sözleşmesi, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.

7. TEMİNATLARIN UYGULAMA USÜL VE ESASLARI

7.1. HAMİLELİK VE DOĞUM TEMİNATI UYGULAMA ESASLARI

Hamilelik ve doğum teminat grubu, Sigortalı'nın bu sözleşme kapsamına dahil olması ve poliçenin yürürlüğe girmesi sonrasında kullanılabilir.

- Hamilelik ve doğum teminat grubu, vaka (doğum) başına geçerlidir. Sözleşme yenilense bile doğum sonlanana kadar tek limit geçerli olacaktır. Hamileliğin bir düşük ya da tıbbi gereklilik nedeniyle sonlanması durumunda poliçe teminatı da biter.
- Hamileliğin beklenen doğum tarihinden önce sonlanması halinde, aynı poliçe yılı içinde oluşacak ikinci hamileliğe ait doğum ve hamilelik giderleri ödenmeyecektir.

7.1.1. Doğum Teminatı

Doğumun sonlandırılması işlemi için yapılan normal doğum, sezaryen veya tıbbi tahliye (küretaj) işlemlerine ait doktor ve hastane giderleri bu teminat kapsamında, poliçede belirtilmiş olan teminat limitleri doğrultusunda karşılanmaktadır. Miadında normal gebelik sürecinin doğum olayı ile

sonlandırılması dışında, miadından önce hamileliğin sonlandırılması işlemi de bu teminat kapsamındadır.

Sigortalıların, planlanmış doğumlar için doğumu yapacak olan doktor tarafından doldurulacak Özel Sağlık Sigortası Bilgi Formu'nu, 48 saat öncesinden Sigortacı'ya göndermesi gerekmektedir.

Sigortalıların, doğumu gerçekleştirecek olan doktorun operatör ücreti olarak alacağı tutarın doğumdan önce öğrenilmesi ve bu tutarın poliçe kapsamında ödenip ödenmeyeceğinin sigorta şirketine sorulması dikkat edilmesi gerekli bir noktadır.

Anlaşmalı sağlık kurumunda kadrolu olmayan doktorların yapacakları hamilelik sonlandırma işlemleri için sigortalıya ödenecek ücret, anlaşmalı sağlık kurumunun sigortacı ile sözleşmesi gereği anlaşmalı olduğu paket fiyattan hastane gideri düşüldükten sonra kalan tutar kadar olacaktır. Kadrolu olmayan doktorların yapacakları işlemler için sigortalıya ödenecek ücret, sigorta şirketinin anlaşmalı kurumun kadrolu hekimine ödeyeceği tutardan fazla olursa aradaki farkı sigortalı payı olacaktır.

7.1.2. Hamilelik Rutin Kontrol Teminatı

Hamileliği ilgilendiren rutin kontrol muayeneleri ve rutin tetkikler, "hamilelik rutin kontrol teminatı" kapsamında, teminat tablosunda belirtilen oran ve limitler dahilinde ödenir.

Bu teminat, sadece poliçe ekinde verilmiş olan teminat tablosunda belirtilmiş sağlık kurumlarında geçerlidir. Doğumun, bu kurumlar dışında bir kurumda ya da yurtdışında gerçekleşmesi halinde, oluşan giderler için herhangi bir ödeme yapılamayacaktır.

7.1.3. Yeni Doğan Bebek Teminatı

Bu teminat kapsamında, annenin yeni doğan bebeğinin hastaneden çıkmadan yapılan ve aşağıda detayı belirtilen giderleri teminat tablosunda belirtilen oran, limit ve katılım payı dahilinde ödenir.

- Yeni doğan bebek muayenesi
- Yeni doğan bebek kan grubu belirleme
- Direkt Coombs,
- Neonatal TSH
- Metabolik tarama testi
- Bilurubin
- Otoakustik emisyon (İşitme testi)
- Hepatit B aşısı

7.2. YATARAK TEDAVİ TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Sigortalı'nın, "**Acil Tıbbi Durumlar**" başlığı altında belirtilen durumlarda Sigortalı'nın sağlık durumu stabil hale gelene kadar ameliyat ve hastanede yatarak yapılan tedavileri için, doktor, ameliyathane, oda yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır), tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığın komplikasyonlarının tedavisi için gerekli ve zorunlu diğer tıbbi hizmetlere ait giderleri ile yoğun bakım giderleri, teminat tablosunda belirtilen limit dahilinde bu teminat kapsamında karşılanır.

Sigorta süresinin sona ermesi ve yeniden sözleşmenin yapılmaması durumunda, sona erme tarihinden önce Sigortacıya bildirilen ve kabul gören sağlık durumları için, teminat tablosu ve özel şartlara tabi olmak şartıyla, hastanede yatarak tedavi gören sigortalı için teminat tedavi sonuna kadar devam eder. Ancak bu süre hiçbir şekilde poliçe bitiş tarihinden itibaren 15 günü ve teminat tablosunda belirtilen limiti geçemez.

Sigortalıların, ameliyatı gerçekleştirecek olan doktorun operatör ücreti olarak alacağı tutarın ameliyat olmadan önce öğrenilmesi ve bu tutarın poliçe kapsamında ödenip ödenmeyeceğinin sigorta şirketine sorulması dikkat edilmesi gerekli bir noktadır.

Teminat kapsamına giren ve girmeyen ameliyatların bir arada yapılması durumunda, kapsama girmeyen ameliyat veya ameliyatlara ilgili giderler karşılanmaz. Teminat kapsamına giren ameliyat veya ameliyatlara ilgili ödenebilecek fatura tutarı, ameliyatların TTB ücret tarifesinde yer alan birimleri doğrultusunda ağırlıklı ortalamaları dikkate alınarak hesaplanır.

Teminat kapsamındaki "acil tıbbi durumlardan" herhangi biri nedeni ile yapılan acil başvurularda anlaşmalı kurumda ilgili tedaviyi yapabilecek kadrolu doktor olmaması şartı ile kadrolu olmayan doktor için ödenecek ücret, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nun Sigortacı ile sözleşmesi gereği, kadrolu doktoruna ödenecek tutar ile limitlidir.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında yapılan ve Hekimlik uygulamaları Veritabanında (HUV) yer alan güncel TTB birimleri arasında yer almayan işlemler, TTB'den alınacak görüş doğrultusunda değerlendirilecektir.

7.2.1. Acil Ulaşım

Teminat kapsamında olan "Acil Tıbbi Durumlar" tanımına uyan hallerde Sigortalı'nın, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna nakli için yapılan kara ambulansı giderleri, organizasyonun Sigortacı tarafından yapılması kaydıyla bu teminat kapsamında, teminat tablosunda belirtilen limit dahilinde ödenir.

7.2.2. Teminat Kapsamındaki Acil Tıbbi Durumlar

7.2.2.1. Akut Batın,

Mide, bağırsak gibi içi boş organların delinmesi, tıkanması ya da düğümlenmesi, iltihaplanması, vb. gibi acil müdahale gerektiren durumlar.

7.2.2.2. Akut Solunum Problemleri,

Astım krizi, tahriş edici gazların solunması,

7.2.2.3. Akut Masif Kanama, Kan Kaybı,

Ani başlayan, müdahale edilmediği takdirde kişinin hemodinamik dengelerinde bozulmaya yolaçabilecek miktarda ve hızda kan kaybına yol açan kanamalar.

7.2.2.4. Ani Şuur Kaybı,

Santral sinir sistemi hastalıkları, sıvı ve elektrolit dengesi bozuklukları, endokrin bozukluklar ve kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları sonucunda ani bilinç kaybının geliştiği durumlar.

7.2.2.5. Ani Felçler (Serebrovasküler Olay),

Beyni besleyen damarlarda tıkanma veya darlık nedeniyle beyin kanlanmasının aniden kesilmesi (iskemik) veya beyin damarlarından birinin aniden yırtılması ile kanın çevre doku içine yayılması (kanamalı) sonucunda beyin dokusu ve hücrelerinin zarar görmesiyle ortaya çıkan ağır nörolojik tablodur.

7.2.2.6. Ciddi Alerji, Anaflaktik Tablolar,

Kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları.

7.2.2.7. Ciddi Göz Yaralanması,

7.2.2.8. Ciddi İş Kazaları ve Uzun Kopması,

7.2.2.9. Diabetik ve Üremik Koma,

Diabet (şeker hastalığı) ve böbrek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar.

7.2.2.10. Donma, Soğuk Çarpması,

7.2.2.11. Elektrik Çarpması,**7.2.2.12. Hayvan Isırıkları,****7.2.2.13. Kurşunlanma, Bıçaklanma vb.,****7.2.2.14. Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi,**

Beyin ve omuriliği kaplayan zarların enfeksiyonu (menenjit), beyin parankiminin yaygın inflamasyonu (ensefalit), beyin veya beyincik çevresindeki bölgede ensefalit ile seyreden pü birikimi (beyin absesi) olarak tanımlanan durumlar.

7.2.2.15. Miyokard İnfarktüsü (MI) , Aritmi, Hipertansiyon Krizleri,

Geçirilmekte olan kalp krizi, tedavi gerektiren kalp ritmi bozukluğu türleri, kan basıncının beyin kanaması vb. ciddi durumlara yol açabilecek derecede yükselmesi.

7.2.2.16. Migren ve/veya Kusma, Şuur Kaybıyla Beraber Olan Baş Ağrıları,**7.2.2.17. Renal Kolik,**

Böbrek taşlarının yol açtığı, ilerlemesi durumunda idrar yolu ya da böbrek hasarına yol açabilecek şiddetli ağrı oluşturan durum.

7.2.2.18. Suda Boğulma,**7.2.2.19. Solunum ve Sindirim Sistemine Yabancı Cisim Kaçması,****7.2.2.20. Tecavüz,****7.2.2.21. Tüm Vücut Kırıkları,**

Ortopedik müdahale gerektiren tüm vücut kırıkları ile büyük dış veya iç kanamaya yol açan kırıklar, her türlü omurga kırıkları.

7.2.2.22. Tüm Eklem Çıkıkları,

Tekrarlayan çıkıklar hariç eklem çıkıkları,

7.2.2.23. Trafik Kazası ve Travmaya Bağlı Yaralanmalar,

Harici bir etkenin darbesine maruz kalınması neticesinde cilt, ciltaltı, fasya veya kas dokularını içine alabilen ve acil cerrahi onarım gerektiren yaralanmalar.

7.2.2.24. Yanık,

Sıcak soğuk, fiziksel ve kimyasal etkenlere maruz kalınması sonucu oluşan 2. veya 3. derecede olan yanıklar.

7.2.2.25. Yüksek Ateş,

Zehirlenme, infeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konvilyona (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede (39 °C üzerinde) yükselmesi.

7.2.2.26. Yüksekten Düşme,

Acil müdahale yapılmaması halinde hayati tehlikeye neden olan yaralanma.

7.2.2.27. Zehirlenme,

Gıda, ilaç veya kimyasal maddelere bağlı tüm zehirlenmeler.

8. SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMA ESASLARI VE TAZMİNAT ÖDEMELERİ

8.1. Anlaşmalı Sağlık Kurumları

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ait güncel listeye, Sigortacı'nın internet sitesi olan www.bupaacibadem.com.tr adresinden ulaşılabilir. Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda önceden bildirimde bulunmaksızın değişiklik yapabilir. www.bupaacibadem.com.tr adresinden ulaşılacak kurumlara ait bilgiler sadece bilgilendirme amaçlı olup, hizmet alınmadan önce Sigortacı'dan provizyon alınması gerekmektedir.

Seçilen Anlaşmalı Kurumun, Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde yer alması, bu kurumun Sigortacı tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Sigortacı tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş Anlaşmalı Kurum'un hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum sorumlu olup; hiçbir halde Sigortacı'nın sorumluluğuna gidilemez.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda gerçekleşecek sağlık giderleri için, teminat tablosunda belirtilen limit ve Sigortalı katılım payı doğrultusunda, Sigortacı tarafından, Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme kapsamında, doğrudan ödeme yapılması için ön onay verilir.

Provizyon sırasında verilen onay, Sigortacı'nın tazminat değerlendirmesi sonucunda ödeme veya ödememe kararını verdiği safhada, teminat ve gerekse ödeme bakımından farklı bir sonuca varmasına engel değildir.

Sigortalı başvurduğu Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda Sigortalı olduğunu belirtmek, T.C Kimlik numarasının yazılı olduğu resimli kimlik belgesini ibraz etmek ve poliçede belirtilen katılım payı ve muafiyet tutarını ödemekle yükümlüdür.

Anlaşmalı sağlık kurumunda kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tetkik ve tedavi işlemleri için ödenecek ücret, anlaşmalı sağlık kurumunun sigortacı ile sözleşmesi gereği staff hekimine ödenecek tutar kadar ve her durumda güncel TTB birimleri dikkate alınarak belirlenen tutar ile limitlidir. Güncel TTB birimlerine "Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı"ndan ulaşılabilir. Kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tetkik ve tedavi işlemleri için ödenecek ücret, sigorta şirketinin ödeyeceği tutardan fazla olursa aradaki farkı sigortalı ödemek zorunda kalacaktır.

8.2. Anlaşmasız Sağlık Kurumları

Sadece Yatarak Tedavi Teminat grubu kapsamındaki acil durumlar nedeniyle, Anlaşmasız Sağlık Kurumu olarak tanımlanan kişi ve kurumlarda tedavi yapılması halinde, tedavi gideri öncelikle Sigortalı tarafından ödenir. Tazminatın değerlendirilmesi için gerekli belgeler Sigortacı'ya ulaştıktan sonra, Poliçe Özel ve Genel Şartları ile Teminat Tablosuna göre değerlendirme yapılır.

8.3. Tazminat Ödemesi

Sigortalıların, sağlık giderlerinin ödenebilmesi için, aşağıda belirtilen belgeleri Sigortacı'ya ulaştırması gerekmektedir:

- Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kuruluşu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- Tüm giderlerin fatura asılları ve (işlem bazlı) ayrıntılı fatura dökümleri,
- Ameliyat raporu, ve/veya epikriz raporu,
- Teshise ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- Her türlü adli olaylarda (trafik kazası dahil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.).

Tazminat talebinin değerlendirilebilmesi için, gerekli görülmesi durumunda, Sigortacı tarafından Sigortalı'dan ek bilgi ve belgeler talep edilebilir. Sigortacı, tedavi giderleri için daha fazla araştırma yapmak, Sigortalı'nın tedavisini gerçekleştirecek olan doktor, sağlık kurumu ve diğer kişilerden tanı

ve/veya tedavi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, referans doktora Sigortalı'yı muayene ettirme hakkına sahiptir.

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

Tazminata konu olan sağlık giderinin sigortalı katılım payı ve/veya muafiyet tutarı olarak değerlendirilen bölümü için Sigortalıya ödeme yapılmaz. Ancak, Sağlık Gideri olarak gönderilen toplam fatura tutarından, Poliçe Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak, varsa kapsam dışı giderler çıkarıldıktan sonra onaylanan toplam tutar, kabul edilebilir harcama tutarı olarak değerlendirilir varsa ilgili teminat limitinden düşülür.

Anlaşmasız kurumlarda Sigortalı tarafından yapılan teminat kapsamındaki sağlık giderlerinin tazminat ödemesi, başvuru aşamasında doldurulmuş başvuru formunda bildirilen banka hesabına tazminat değerlendirmesi için gerekli tüm bilgi ve belgelerin Sigortalıya ulaştığı tarihten itibaren en geç 5 (beş) iş günü içinde yapılacaktır. Bu hesabın artık kullanılmaması veya tazminat ödemesinin başka bir hesap numarasına yapılmasının istenmesi halinde, yeni hesap numarasının, Özel Sağlık Sigortası Bilgi Formu'na yazılması gerekmektedir.

Sigortalının poliçe genel ve özel şartlarındaki haklarını kullanabilmesi bakımından tazminat değerlendirmesi sonucunda ödeme veya ödememe kararını verdiği tarih esas olacaktır.

9. BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigortalı, Sigorta sözleşmesinin kurulması aşamasında Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren'in ilk başvurusunda başvuru formunda beyan ettiği tüm bilgileri, esas olarak değerlendirme yapar.

Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren başvuru formunda yer alan sorulara tam ve doğru olarak cevap vermekle yükümlüdür. Sigortalı gerekli gördüğü hallerde ek beyan, bilgi ve belge talep edebilir. Söz konusu beyanın gerçeğe aykırı veya eksik olması ve/veya beyan yükümlülüğünün yerine getirilmemesi durumunda Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca Sigortalıya tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, ilgili durumun tespit edildiği tarih itibarıyla sigorta sözleşmesi şartları yeniden düzenlenebilecektir. Bu durumda, Sigortalı tarafından ödenen tazminatların Sigortalıya iade edilmesi, ve sigorta sözleşmesinin iptali söz konusu olabilecektir.

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilen beyan ve ihbar yükümlülüğünün yanı sıra Sigortalı, alınan başvuru formuna ek olarak sigorta kapsamını ilgilendiren bütün konularda doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma, gerektiğinde Sağlık Sigortası Bilgi Merkezi (SAGMER)'nden bilgi alma ya da SAGMER'e bilgi verme hakkına sahiptir.

Sigorta Ettiren ve Sigortalı, Sigortalının, bu başvuru sonrasında kurulabilecek Sağlık Sigortası Sözleşmesi'nin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi vb.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalı adayları için doktor, sağlık kurumları, sigorta şirket(ler)i ve/veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile doğrudan doğruya ya da Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi vasıtasıyla, gizlilik sözleşmesi bulunması kaydıyla, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, sır niteliğindeki bilgileri öğrenebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dâhil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmesi görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde tüm sigortalılar ve sigorta ettiren hakkında toplayacağı her türlü bilgiyi verebilmesini kabul ve beyan eder.

10. YENİLEME GÜVENCESİ

Bu sözleşme kapsamında sigortalanan kişilere "Yenileme Güvencesi" verilmemektedir.

11. PRİM TESPİTİ

11.1. PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

11.1.1. Tarife Primi:

Bilimsel kabul görmüş ya da şirketin tecrübe edilen aktüeryal metodolojileri baz alınarak geçmişin, bugünün ve geleceğin frekans, şiddet ve benzeri etkileri gözetilerek hesaplanan baz primdir.

11.1.2. Poliçe Primi:

Tarife primleri baz alınarak, "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış ek prim ve/veya indirimlerin (dönemsel indirimler hariç) uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen primi ifade eder.

11.1.3. Ödenecek Poliçe Primi:

Poliçe primleri baz alınarak "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış tüm dönemsel indirimlerin uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen ödenecek primi ifade eder.

11.2. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

İlk defa sigortalanacak kişilerin prim tespitinde, ürün tarife fiyatı baz alınır. Aynı planda kalmak suretiyle poliçesinin yenilenmesine karar verilen kişi için yenileme primi, aynı yaş ve cinsiyetteki ilk defa sigortalanacak sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 katını geçemez.

11.2.1. Diğer İndirim ve Ek Primler

Sigortacı tarafından, dönemsel olarak düzenlenecek olan kampanyalar kapsamında ve benzeri durumlarda, bu özel şartlarda tanımlanan indirim ve ek primler dışında yapılan her türlü indirim ve ek primi ifade eder.

12. SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI

Bu sigorta ile, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden, 18 – 45 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilmektedir.

12.1. Yeni Giriş İşlemleri

Yürürlükte olan sözleşmeye sözleşme süresi içerisinde yeni giriş yapılmayacaktır.

12.2. Geçiş İşlemleri Ve Kazanılmış Haklar

Bu sözleşme kapsamında sigortalanacak kişiler için, başka bir sigorta şirketinden geçişler, yeni giriş gibi değerlendirilmekte ve kazanılmış haklar korunmamaktadır.

13. SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ

13.1. Sigorta Süresi

Sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu dönemi ifade eder. Sigortanın süresi, 1 yıldır ve poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında yürürlükte kalır. Poliçe üzerinde belirtilen başlangıç tarihinde saat 12.00'de başlar ve poliçe üzerinde belirtilen bitiş tarihinde, saat 12.00'de sona erer.

13.2. Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

Sigorta teminatları, başvurunun Sigortacı tarafından onaylanması ve poliçe priminin tamamının veya taksitli ödenmesi kararlaştırıldı ise ilk taksidinin ödenmesi ile yürürlüğe girer.

Sigorta Ettiren, Sigorta Ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini, kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer. Sigorta Ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 15 gün içinde ödemediği takdirde sigorta teminatı durur ve Sigortacı tarafından Sigorta Ettiren'in bilinen son adresine yazılı ihtar gönderir. Riskin gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren 15 gün içinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur.

14. SİGORTA ETTİREN VE/VEYA SİGORTALI'NIN İPTAL HAKKI

14.1. Başlangıçta İptal Hakkı

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

İptal tarihine kadar yeni poliçede herhangi bir tazminat talebinin ve/veya ödemesinin olması veya 30 günden sonra gelmesi durumunda, 14.2. maddesi uyarınca iptal yapılır.

14.2. Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı isteği üzerine poliçenin iptal edilmesi durumunda prim iade tutarı, sigorta sözleşmesinin geçerli olduğu gün sayısının toplam sigortalılık süresine oranı esas alınarak hesaplanır. Sigorta süresi içerisinde ödenen toplam tazminat tutarı, gün esasına göre hesaplanmış Ödenecek Poliçe Priminin %65'ine eşit veya küçük ise, ödenmiş toplam primden, gün esaslı hesaplanan prim tutarı düşülerek kalan tutar Sigorta Ettiren'e ödenir.

- Gün esaslı hesaplanan toplam prim, tahsilat tutarından küçük ise; Sigortacı aradaki fark tutarının tamamına hak kazanır.
- Toplam tazminat tutarının, gün esaslı hesaplanan Ödenecek Poliçe Primi tutarının 65%'ini aşması durumunda ise, sözleşmenin iptali sonucunda prim iadesi yapılmaz.
- Doğum eyleminin gerçekleşmesi veya hamileliğin sonlandırılması ile birlikte poliçe teminatları sona erer ve Sigortacı poliçe prim tutarının tamamına hak kazanır.

14.3. Diğer

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı'nın "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkelerine aykırı davranan, sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya sağlık gider belgelerinin sigorta sözleşmesi kapsamındaki diğer kimseler adına düzenlenmesi gibi kötü niyetli hareketlerinin saptanması durumunda Sigortacı, bu şekilde yapılmış bir tazminat talebini ödemiş olduğu olması halinde, ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve sigorta sözleşmesini bazı veya tüm sigortalılar için kısmen veya tamamen mebdeinden iptal etmek hakkına sahiptir. Sigortalının, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile Sigortacı'nın uğrayacağı zararlardan Sigorta Ettiren, Sigortalı ile birlikte sorumludur.

15. VEFAT DURUMU

Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda, sözleşme hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren'in sözleşmede yer almadığı ve Sigortalı/Sigorta Ettiren'i değiştirerek sözleşmeyi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda Sigorta Ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu bir sözleşmede, Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda sözleşme hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.