

DOGA SİGORTA A.Ş.
“TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI”
ÖZEL ŞARTLARI

İÇİNDEKİLER

1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI
2. TANIMLAR
3. TEMİNATLAR
 - 3.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNATLARI
 - 3.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI
4. BEKLEME SÜRELERİ
5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER
6. COĞRAFİ KAPSAM
7. UYGULAMA ESASLARI
8. TAZMİNAT ÖDEMELERİ
9. RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME
10. POLİÇE YENİLEMESİ, KAZANILMIŞ HAKLAR VE YENİLEME GARANTİSİ
11. PRİM TESPİTİ
12. SİGORTAYA KABUL VE POLİÇEYE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ
13. PRİMİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN/SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL

1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI

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

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

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

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

Prim tahsilatı, peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır. Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar.

2. TANIMLAR

POLİÇE

Sigortalanan kişi veya kişilere ait belirleyici bilgileri, sigortalının başlangıç ve bitiş tarihlerini, ödenecek prim ve teminat tutarlarını içeren, sigortacı ile sigorta ettiren arasında yapılan sigorta sözleşmesinin yazılı belgesidir.

POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ

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

POLİÇE BİTİŞ TARİHİ

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

POLİÇE TANZİM TARİHİ

Poliçenin düzenlendiği tarihtir.

POLİÇE ÖZEL ŞARTLARI

Poliçeye ait ve ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde belirtilen hükümlerin sigorta ettiren /sigortalı aleyhine hükümler içermeyen, sigortacı tarafından hazırlanmış ürüne özel şartlardır.

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Sağlık Sigortası Genel Şartları www.tsb.org.tr sitesinde güncel olarak yer almaktadır.

BAŞVURU VE BİLGİLENDİRME FORMU

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

SİGORTA ETTİREN

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

SİGORTACI

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

SİGORTALI / SİGORTALILAR

Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan poliçede ismi yazılı kişi/kişilerdir.

ANLAŞMALI KURULUŞ

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

Anlaşmalı kurumların listesi, DOGA SİGORTA A.Ş 'ne ait www.dogasigorta.com adresli web sayfasında güncel hali ile sunulmaktadır. Sigorta şirketinin anlaşmalı kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

ANLAŞMASIZ KURULUŞ

ŞİRKET ile özel anlaşması bulunmayan ve anlaşmalı kurum listesinde yer almayan sağlık kurumlarıdır.

ŞİRKET

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

PRİM

Sigortacının sözleşme ile sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar kapsamında tazminat ödemesi yapmak üzere sigorta ettirenden aldığı ücrettir.

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (SUT)

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

İLAVE ÜCRETLER

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

KATILIM PAYI

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

LİMİT

Sigortacı'nın bu Sigorta Poliçesi'nin şartları içerisinde istisna, bekleme süresi, limit ve muafiyet dışında üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamını ifade eder. Sigortalı'nın belirtilen teminatından, sigorta poliçesi dönemi süresince kullanabileceği azami gider toplamıdır.

ÖNCEDEN VAR OLAN RAHATSIZLIK

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

ZEYİLNAME

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

KOMPLİKASYON

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

PROVİZYON ONAYI

Şirket'in Anlaşmalı sağlık kurumlarına, poliçe özel şartlarında belirtilen esaslar doğrultusunda sigortalı lehine verdiği sağlık giderleri ödeme taahhüdüdür.

TAZMİNAT

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

KONJENİTAL HASTALIK

Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır. Bazı durumlarda şikâyetler ilerleyen yaşlarda görülebilmektedir.

KRONİK HASTALIK

Tamamen geçmesi mümkün olmayan süregelen ya da uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hastalıklardır.

MUACCEL OLMAK

Primin ve/veya tazminatın talep edilebilir hâle gelmiş olması.

MUAFİYET

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

İSTİSNA

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

RİSK / RİZİKO

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

RÜCU

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

SİGORTALI TANITIM KARTI

Sigortalının adına düzenlenerek poliçesi ekinde verilen ve anlaşmalı kurumlarda sigorta şirketince sağlanmış koşulların uygulanması için istendiğinde ibraz edilmesi gerekli kart.

TEMİNAT

Sigortacının sigortalıya, rizikonun gerçekleşmesi halinde sigorta poliçesi özel ve genel şartları çerçevesinde taahhüt ettiği güvencedir.

VERGİ İNDİRİMİ

193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 01 Ocak 1986 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 3239 Sayılı kanun ile değişen 63. ve 89. maddeleri gereğince; mükellefin şahsı, eşi ve küçük çocukları için ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primleri vergi indirimi kapsamındadır.

Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırları tanımlayan söz konusu maddeler, 29 Haziran 2012 tarih ve 28338 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6327 Sayılı kanun ile değiştirilerek 01 Ocak 2013 tarihinden sonra geçerli olmak üzere yeni düzenlemeler getirilmiştir.

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

Söz konusu kanundan yararlanabilmek için 1) Bordro ile ücret alıyor iseniz, çalıştığınız işyerinde muhasebe servisine Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzunu vermeniz 2) Serbest çalışıyor iseniz, Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzundaki prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtmeniz yeterlidir. (Prim ödeyenin adı/soyadı, ödemenin ait olduğu dönem, ödenen prim, ödeme yapılan sigorta şirketinin ünvanı ve ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu, otomatik para çekme makinası makbuzu ve kredi kartı ekstreleri makbuz yerine geçmektedir.)

3. TEMİNATLAR

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

Tedavinin acil olup olmamasına, kurumun anlaşmalı veya anlaşmasız olmasına bakılmaksızın anlaşmasız (staf olmayan, SGK anlaşması bulunmayan) doktor tarafından yapılacak işlemler için doktor ücreti bu poliçe kapsamında ödenmez.

İş bu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumlar üzerinde ŞİRKET' in değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.dogasigorta.com adresinde yer almaktadır.

3.1.Yatarak Tedavi

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

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

Hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporu ile belgelenerek Sigortacı'nın onay vermesi koşulu ile poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesi doğrultusunda bu teminat kapsamında karşılanır. Poliçe döneminde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliğinden ibaret tıbbi malzemeler ile yanık ve yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Anlaşmalı kurum bulunmayan illerde SGK kullanılarak gerçekleşen sağlık gideri fark ücretleri poliçe özel ve genel şartlarına uygun olması şartı ile teminat limit ve ödeme oranı doğrultusunda 1 SUT ile limitli olarak ödenecektir.

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

3.2.Ayakta Tedavi

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

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

4. BEKLEME SÜRELERİ

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

1. Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, üriner sistemin 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,

3. Her türlü fıtık (kasık fıtığı, mide fıtığı vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları, katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları, pilonidal sinüs, tonsillit , geniz eti, sinüzit ve orta kulak cerrahisi,
4. Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), varis (özefagus varisleri dahil), hidrosel, spermatosel,
5. Organ yetmezlikleri, organ nakilleri.
6. Her türlü kronik hastalıklar (hipertansiyon, diyabet, KOAH, astım vb.), tüm ramotolojik ve otoimmün hastalıklar (multiple skleroz,romatoid artrit vb.), inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit,crohn vb.), epilepsi, sarkoidoz tanı ve tedavilerine yönelik girişimler

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

1. Beyan edilmiş dahi olsa, sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikâyet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık giderleri, bunlara bağlı nüks ve komplikasyonları,
2. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı (işten ayrılma, prim ödenmemesi vb.) durumlarda meydana gelen sağlık giderleri,
3. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan, anlaşmalı kurumlarla yapılan protokol kapsamında kullanılan malzemeler dışında SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
4. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri ile 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları (evlilik, işe başlama, spora başlama vb) için oluşacak sağlık giderleri,
5. Anlaşmasız Ambulans ücretleri (şehir içi ve şehir dışı dahil)
6. Her türlü diş tedavisi, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
7. Gözlük cam, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları giderleri ile gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık, görme tembelliği ve bunlarla ilgili giderler,
8. Ayakta tedavi teminatındaki her türlü ilaç masrafları, aşı giderleri, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, tıbbi malzeme tanımı dışındaki yardımcı malzemeler, enjektör, itriyat, hidrofil, pamuk, alkol ve kolonyalar, termofor, cilt sabunları, diş macunları vb. malzeme masrafları, yurtdışında gerçekleşen ve getirtilecek olan ilaç masrafları ile her türlü sağlık gideri, işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb .
9. Gündelik iş görememe, yol, gündelik bakım, rehabilitasyon, check up, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları vb. özel harcamalar,
10. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi tüp bebek, kısırlık tanı ve tedavisi, yardımcı üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermogram, adhezyolizis, suni dölleme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.) kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili

- tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri, tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimozis dahil)
11. Dünya Sağlık Örgütü veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklara (kolera, sıtma, kuş gribi, domuz gribi vb.) ait sağlık giderleri,
 12. Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme vb.), estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi, jinekomasti; poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar,
 13. 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,
 14. Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,
 15. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri, her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık ve geriatric hastalıklar,
 16. 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,
 17. 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.
 18. Gebelikle ilgili her türlü sağlık gideri, doğum gideri ve yeni doğan bebek masrafları
 19. Sebebi ne olursa olsun her türlü bariatrik cerrahi yöntemleri (gastrik by-pass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, jejun-ileostomi, barsak kısaltılması vb)
 20. Omurga şekil bozuklukları ile ilgili giderler (kifos, skolyoz vb.), ameliyat nedenine bakılmaksızın nasal septum ve buruna ait her türlü yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, konka, nasal valv cerrahisi vb.)
 21. Tanısı ileri yaşta ve poliçe döneminde konya bile doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar)
 22. Bir poliçe döneminde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri ve suni uzuv için poliçede belirtilen limiti aşan giderler,
 23. Anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen ayakta tedavi giderleri (doktor muayene, tetkik, fizik tedavi vb),
 24. Obesite ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri, diyetisyen ile ilgili tüm giderler,
 25. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS), genital kondilom, genital siğil ,genital herpes ,sifiliz, gonore,,trikomoniiasis ile ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
 26. Profesyonel (Lisanslı), amatör veya hobi amaçlı yapılan tehlikeli/tehlikesiz tüm spor faaliyetleri ve/veya tüm yarışlar ile bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetler

(dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçma, ata binme, kayak yapma, su sporları, dalgıçlık, ulaşım amaçlı olsa dahi atv kullanma vb) nedeniyle gerçekleşen sağlık tedavi giderleri,

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

6. COĞRAFİ KAPSAM

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

7. UYGULAMA ESASLARI

Teminatlar poliçe üzerinde belirtilen teminat limit ve ödeme yüzdesi oranında geçerli olup Sigortacı, aşan durumlardan sorumlu değildir. Poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede tedavisinin devam ettiği durumlarda, ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren teminat kapsamı dışındadır. DOGA SİGORTA A.Ş.'nin iş bu poliçe için geçerli şirket ve anlaşmalı kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.dogasigorta.com adresinde yer almaktadır.

8. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

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

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

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği DOGA SİGORTA A.Ş. ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanabilmesi için sigortalı,

DOGA SİGORTA A.Ş. ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür. (Hakların Devri İlkesi)

9. RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME

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

10.SİGORTANIN YENİLENMESİ, KAZANILMIŞ HAKLAR VE YENİLEME GARANTİSİ

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

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

Sigortalının DOGA SİGORTA A.Ş. 'de, kesintisiz olarak 3 yıl aynı planda sigortalılık süresini doldurmuş, ilk kez 55 yaşından önce poliçe kapsamına alınmış ve son 3 yıllık Hasar/Prim oranı maksimum % 70 olan sigortalılar risk analizi değerlendirmesine tabi tutulur, yapılan değerlendirme sonucu sağlık durumu uygun bulunan sigortalılar DOGA SİGORTA A.Ş.'ce belirlenecek şartlar dahilinde şartlı ya da şartsız olarak "Yenileme Garantisi" hakkı kazanırlar. Değerlendirme için sigortalılardan tetkik sonucu, medikal rapor vb. belge ve bilgi talep edilebilir. Bu değerlendirme her sigortalı için ayrı ayrı yapılır.

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

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

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

11.PRİMİN TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

DOGA SİGORTA A.Ş. ürün primlerini kişi bazında, yaş, cinsiyet, ikamet adresi, sigorta süresi, geçmiş dönem kullanım oranı (sağlık gideri/prim oranı), teminat yapısı, teminat

limiti ve sağlık giderlerinin kullanılacağı il ile SUT fiyatları, ülkedeki sağlık enflasyonu, komisyon, genel giderler gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Primler gerekli görüldüğü anlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir. Sağlık tarife primindeki artış, sağlık enflasyonunun altında olmamak kaydı ile aynı kategorisindeki bir önceki yılın tarife priminin en fazla 3 (üç) katıyla sınırlıdır.

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

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

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

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

Yatarak ve Ayakta Tedavi teminatlarını içeren planlarda Hasarsızlık İndirimi:

Tazminat/Prim	İndirim oranı
%0-25	% 10
%26-50	% 5
%51 üzeri	% 0

Kullanım Ek primi:

Tazminat/Prim	Ek prim oranı
%101- %200	%100
%201 -%300	%200
%301 ve üstü	%300

12. SİGORTAYA KABUL VE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

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

Yeni doğan bebekler doğum tarihi itibariyle 15.gün risk analizi değerlendirmesi yapılarak sigorta ettirenin 18 yaşından büyük ve aynı poliçede sigortalı olması durumunda aile poliçesine eklenerek sigortalanır. 0-17 yaş çocuklar tek başına sigortalanamaz. Aynı poliçe kapsamında aile olarak sadece anne, baba ve/veya bekar çocuklar yer alabilir.

Bu sigorta, 15 günü tamamlamış sağlıklı bebekler ve 60 yaşından gün almamış küçük kişileri teminat altına alır. DOGA SİGORTA A.Ş. Tamamlayıcı Sağlık Talep edilmesi durumunda, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş çocukları SGK kabul kriterleri baz alınarak sigorta teminatına dâhil edilebilirler.

Sigorta kapsamına kabulde, DOGA SİGORTA A.Ş. 'nin risk analizi değerlendirme sonucuna göre kişiyi sigortaya kabul edip etmeme hakkı saklıdır. Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen birey ilavesi taleplerinde, poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi

arasında kalan süreye bağlı olarak sigortacının hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır.

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

13.PRİMİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN/SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL

Sigorta ettiren, sigorta primini peşin veya taksitle ödeme kararlaştırdıktan sonra; peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer.

Aynı şekilde sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ödeme planındaki prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde poliçe temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi hâlinde Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır. Sigortalının/sigorta ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigorta ettirene iade edilir. İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

İptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, sigortacının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır.

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

Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hâle gelir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen birey çıkışı (eş, çocuk) taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

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

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

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

DOGA SİGORTA A.Ş. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından öngörülen örnek forma dayanarak hazırlanmış olup genel bilgilendirmeyi içermektedir. Bu form, sigorta ettirene ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, gerek yapılacak sigorta sözleşmesinin müzakeresi sırasında gerekse sigortanın devamı sırasındaki hakları, yükümlülükleri, sözleşmenin konusu, işleyişi ve önemli nitelikteki bazı değişiklik ve gelişmeler konusunda genel bilgi vermek amacıyla 28.10.2007 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır. Bu nedenle satın aldığınız ürüne ilişkin Özel ve Genel Şartları lütfen dikkatlice okuyunuz.

A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

1.Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;

Ticaret Ünvanı :

Adresi :

Tel&Faks no. :

2.Teminatı veren sigortacının;

Ticaret Ünvanı: DOGA SİGORTA A.Ş.

Adresi: Maslak Mah. Büyükdere Cad. No:243 K:20 Spine Tower Sarıyer/İSTANBUL

Tel& Faks no :0 212 212 36 42 / 0 212 212 36 44

B. UYARILAR

1. İş bu poliçe sadece SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerlidir.
2. Sigorta hakkında daha detaylı bilgi almak için, talep halinde sigortacı tarafından poliçe ekinde verilecek. Sağlık Sigortası Özel Şart, Tanımlar, Sağlık Sigortası Genel Şartları, Teminat Tablosu ve İstisnaları dikkatlice okuyunuz.
3. **Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcaması poliçe kapsamı dışındadır.**
4. Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksitinin ödenmemesi durumunda sigortacının sorumluluğu başlamaz.
5. Sözleşmenin feshedilmesi hâlinde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim, gün sayısı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir veya bu tarihe kadar ödenmeyen eksik prim, geçen gün sayısı hesap edilerek sigortacıya ödenir.
6. Sözleşmenin yapılmasından sonra, rizikoya etki edebilecek hususlar değiştiği takdirde sekiz gün içinde durumun Sağlık Sigortası Genel Şartları 7. Maddesi gereği sigorta şirketine bildirilmesi gerekir.
7. Sağlık Sigortası prim ödemeleriniz vergi matrahınızdan düşülebilmektedir (Sağlık Sigortası Özel Şartlar metnine bkz.)

8. Prim ödemelerinde ödeme belgesi almayı ve saklamayı unutmayınız.
9. Sigorta kapsamına giren ya da girecek kişiler ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesini yapılabilmesini teminen sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, SBGM'den, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Sağlık Bakanlığı'ndan bilgi alma ve belge istemesine rıza göstermiş sayılır.

C. GENEL BİLGİLER

1. Bu sigortayla Sigortalı/Sigortalıların poliçe başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masrafları, poliçede belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, TTK, SGK, SUT, Genel Hükümler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alınır.
2. Teminat dışı hâller için Sağlık Sigortası Özel Şartları ve Genel Şartları metninde belirtilmiş durumlara bakınız.
3. İlgili ürün sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.
4. Anlaşmalı Kurum Listesinin güncel hali www.dogasiqorta.com adresinde yer almaktadır. Şirketin anlaşmalı kurumlar üzerinde değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır.

D. POLİÇE TEMİNATLARI

1. Yatarak Tedavi
Yatarak Tedavi teminatı, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, tıbben gerekli olan cerrahi ve/veya dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi, suni uzuv, tıbbi malzeme, kara ambulans giderleri ile küçük müdahale giderlerinin poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde karşılanmasını kapsar.
2. Ayakta Tedavi
Ayakta tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi teminatlarından oluşur. Ayakta tedavi giderleri poliçede ilgili teminatın seçilmesi kaydı ile poliçede belirtilen adet limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Doktor muayene ile vaka takip numarası ilişkisi olmadan gerçekleşen tahlil, röntgen, ileri tanı yöntemleri kapsam dışındadır.

E. TAZMİNAT ÖDEMESİ

1. Sözleşmenin kurulması (sözleşmenin yapılması) sırasında teminatların limitlerine, ödeme oranına, özel istisnalara (varsa) özel şartlarına dikkat ediniz. Sigorta teminat limiti poliçede yazılı olan ve rizikonun gerçekleşmesi halinde sigortacının ödeme taahhüt ettiği teminat limitinin azami tutarıdır.
2. Tazminat ödenmesi söz konusu olduğu hallerde, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin yapmış olduğu masraflarını poliçede yazılı limitlere kadar katılım payı, özel istisnalar ve özel şartlara göre öder. Tazminat değerlendirmesi sırasında gerekli harcama belgelerinin asıllarının sigortacıya verilmesi şarttır.
3. Tedavi masrafı miktarında anlaşılamayan durumlarda taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini poliçede belirtilen hükümlere göre tayin eder. Bu husus noter

kanalıyla diğer tarafa bildirilir. Taraflar incelemeye geçmeden üçüncü hakem bilirkişisini seçer.

4. Doga Sigorta A.Ş. anlaşmalı kurumlarında poliçe teminat kapsamı dahilindeki ayakta ve yatarak tedavilerde yapılacak sağlık giderlerine ait harcamalarınız poliçe özel ve genel şartlarına uygun olarak verilecek provizyon sonrasında sigortacı tarafından doğrudan kuruma ödenecek, provizyona konu evraklar ve faturalar, ilgili kurum tarafından gönderilecektir.

F. ŞİKÂYET VE BİLGİ TALEPLERİ

1. Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikâyetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 işgünü içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.
Adres: Büyükdere Cad. Spine Tower No:243 K:20-21 34394 Maslak - İstanbul
Telefon: 0850 265 0 888 / 0 212 212 36 42 Faks:0 212 212 36 44
2. Doga Sigorta A.Ş. "Sigorta Tahkim Müessesesi"ne üye olduğundan, iş bu poliçeyle ilgili ihtilaf vukuunda Tahkim'e müracaat etme hakkınız bulunmaktadır.

G. SİGORTALI SAĞLIK BEYANI VE TAAHHÜTNAME

1. Doga Sigorta A.Ş.'nin beyanına dayanarak poliçe tanzim tarihi öncesi ve sonrası oluşan rahatsızlıklar için yeniden değerlendirme yapabileceğini, buna bağlı olarak poliçede değişiklik yapma (istisna/muafiyet vb.) ve poliçeden tümünden cayma hakkının saklı olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim. İstisna tutulan rahatsızlıklardan kaynaklanacak tazminat taleplerinin başvuru tarihinden itibaren teminat dışı bırakılacağını kabul, beyan ve taahhüt ederim.
2. Tarafımca bildirilecek banka hesabı numarasına ödeme yapılması halinde, Doga Sigorta A.Ş. tamamen ibra edilmiş olacaktır.
3. Doga Sigorta A.Ş. Tamamlayıcı Sağlık Sigorta Poliçesinin Özel ve Genel Şartlarını okuduğumu, varsa itirazımı poliçe başlangıç tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde bildireceğimi aksi taktirde poliçenin tüm Özel ve Genel Şartlarını kabul, beyan ve taahhüt ederim.

DOGA SİGORTA A.Ş.

SİGORTACI VEYA ACENTE KAŞE/ İMZA

SİGORTA ETTİRENİN ADI-SOYADI

TARİH / İMZASI