

HİSS TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1- SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI :

Bu sigorta, sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini sadece Groupama Sigorta A.Ş. tarafından belirlenmiş kurumlarda geçerli olmak üzere poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.

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

2- TANIMLAR :

Aşağıda yer alan tanımlar, genel tanımlar olup, poliçe kapsamı, poliçe üzerinde belirtilen, sigortalının satın almış olduğu planda bulunan teminatlarla sınırlıdır.

-SİGORTACI :

Sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında sigorta ettiren/sigortalıya rizikonun gerçekleşmesi hâlinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur. İşbu özel şartlara tabi düzenlenen sağlık sigorta poliçelerinde sigortacı Groupama Sigorta A.Ş'dir.

Sigortacının sorumluluğu, sigorta priminin tamamının ya da primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise prim peşinatının ödenmiş olması kaydıyla başlar.

- SİGORTA ETTİREN :

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

- SİGORTALI :

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

- 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.

- BAĞIMLI :

Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında aktif olarak çalışanın bakmakla yükümlü olduğu kanuni olarak evli olduğu eşi, 25 yaşından küçük (25 yaş dahil) evlenmemiş çocukları, üvey çocukları , kanuni yoldan evlat edildiği çocukları bu tanıma girmektedir.

-POLİÇE ÖZEL ŞARTLARI:

Sigortacı tarafından poliçenin ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, ürüne özel kurallar ve şartları içeren belgedir.

-SAĞLIK SİGORTA GENEL ŞARTLARI:

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Genel Şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır.

-TEKLİF 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 Teklif ve Bilgilendirme Formu denir. Bu form, sigortalı ve sigortacı için bir teklif niteliğindedir. Bu formun alınması sözleşme ilişkisinin başladığı anlamına gelmemekte olup, sigortacının değerlendirmesi sonucu kabulü hâlinde primin (veya peşinatın) tahsili ile poliçe yürürlüğe girer.

- SAGMER:

Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Hazine Müsteşarlığı tarafından hazırlanan ve 16.12.2003 tarih ve 25318 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Trafik Sigortası Bilgi Merkezi Yönetmeliği ile “TRAMER” adıyla kurulmuştur. 9 Ağustos 2008 tarihinde 26962 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan yönetmelikle adı Sigorta Bilgi Merkezi kabul edilmiş, 03.11.2011 tarih ve 28131 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan yönetmelik değişikliği ile ise ünvanı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi olarak değiştirilmiştir.

SBM (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi), Türkiye Sigorta Birliği bünyesinde tüzel kişiliği haiz bir kurum olarak kurulmuş olup Hayat, Hastalık/Sağlık, Zorunlu Trafik, Yeşilkart, Zorunlu Karayolu Taşımacılık Mali Sorumluluk, Otobüs Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza, Motorlu Kara Taşıtları-Kasko, Tıbbi Kötü Uygulama Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası, Tehlikeli Maddeler ve Tüpgaz Zorunlu Sorumluluk Sigortası, Mesleki Sorumluluk Sigortaları’na ilişkin verilen tek merkezde toplanarak, sigortacılık faaliyetlerinin daha kapsamlı ve etkin şekilde yürütülmesi, sektör genelinde uygulama birliğinin sağlanması, sağlıklı fiyatlandırma yapılabilmesi, suiistimallerin önlenmesi, güvenilir istatistiklerin oluşturulması, sigorta sistemine olan güvenin artırılması ve kamu gözetim-denetiminin etkinleştirilmesi hedeflenmektedir.

- TEMİNAT :

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

- TEMİNAT LİMİTİ :

Sigortalı katılımı uygulanmayan teminatlar için poliçede belirtilen teminat limiti, ödenecek azami teminat tutarına eşittir. Sigortalı katılımı uygulanan teminatlar için ödenecek azami tazminat tutarı, teminat limitinden ilgili sigortalı katılım payı düşüldükten sonra kalan meblağdır.

- TAZMİNAT :

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

- GENEL SAĞLIK SİGORTASI ("GSS")

31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98. maddesine dayanılarak hazırlanan ve kanunun 60. Maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

- SGK KATILIM PAYI :

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutar.

- SUT :

SGK'lı sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, SGK tarafından sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderleri gibi sağlık hizmetlerine bağlı harcamalarının karşılanması esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin bedellerin tayin ve tespit edildiği Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'ni ifade eder.

- **SGK** : Sosyal Güvenlik Kurumu

- İLAVE ÜCRETLER

Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden/sigortalılardan alınabilecek fark ücretleridir.

- PRİM:

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

- BEKLEME SÜRESİ :

Sigortalının teminattan faydalanabilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren beklemesi gereken süreye denir.

- MEVCUT HASTALIK / RAHATSIZLIK :

Belirti, bulgu, teşhis veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ile bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara denir.

- DOĞUŞTAN İLERİ GELEN (KONJENİTAL) HASTALIK VE SAKATLIKLAR :

Doğum anından itibaren varolan ve/veya yapısal bozukluğa bağlı olarak gelişen ve doğum anında veya yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkan hastalık ve sakatlıklardır.

- KALITIMSAL HASTALIKLAR :

Genetik geçiş gösteren hastalık ve maluliyetlerdir.

- KRONİK HASTALIK :

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

-DOKTOR :

Hastalığının teşhis ve tedavisi için kendisine başvuru, tıp fakültesini bitirmiş her türlü teşhis ve tedavi için lisansı olan ehliyetli kişidir.

- TEŞHİS :

Belirti ve bulgular (fizik muayene, tahlil, röntgen, tomografi, endoskopi vb. sonuçları gibi) aracılığıyla sigortalının hastalığını veya kaza sonucu meydana gelen durumunu tespit etmeye denir.

-- TEDAVİ :

Sigortalının hastalığını ya da kaza sonucu oluşan yaralanmayı iyileştirmek amacıyla yapılan tıbbi ve cerrahi müdahaleye denir. TC Sağlık Bakanlığınca çalışma ruhsatı verilmiş sağlık kuruluşlarında (hastane, klinik ve poliklinik) özel doktor muayenelerinde görevli çalışmaya ehliyetli doktorlarca hastalıkları tedavi etmek amacı ile yapılan işlemlerdir.

- MUAFİYET:

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

- İSTİSNA :

Police başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan veya sigorta üresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/rahatsızlıkların) sigortacı'nın değerlendirilmesi sonucunda police kapsamı dışında bırakılmasıdır.

- HASTALIK EK PRİMİ :

Police başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucunda, "Sağlık Tarife Primi"ne belli bir oranda ek prim uygulanarak, police kapsamına alınmasıdır.

- ZEYİLNAME :

Police yürürlüğe girdikten sonra yapılan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen son durumu gösterir ek sigorta sözleşmesidir..

- KAZANILMIŞ HAK :

Sigorta Şirketleri tarafından sağlık sigortası poliçesine sahip olan bireylere sunulmuş haklardır. Diğer şirketlerden veya sağlık kurumlarından gelen kişisel raporlarındaki mevcut sağlık durumlarına göre tıbbi risk değerlendirmesi yapılarak kazanılmış hakların içeriği belirlenir.

"Kazanılmış Hak" olarak kast edilen; aralıksız olarak devam ettiği poliçedeki ilk sigortalanma tarihi, yenileme güvencesi varsa istisna, limit, ek prim gibi police risk analiz kararları, Groupama Sigorta'nın ilgili ürünündeki tanımına uygun olarak taşınması anlamına gelir. Bunun dışında önceki şirketin özel şartları ile aynı şartlarda bir police kazanılmış hak olarak kabul edilmemektedir.

- SAĞLIK KURULUŞU :

TC Sağlık Bakanlığınca çalışma ruhsatı verilmiş:

- 24 saat hasta bakımı sağlayan,
- Teşhis, tedavi ve cerrahi müdahaleye ehliyetli,
- 1 veya 1 den çok hekimin her zaman müdahaleye hazır olduğu Hastane veya kliniklerdir.

Sağlık kuruluşu deyimi ; otel, huzurevi, bakımevi, nekahethane, yetimhane ve darülacezeleri, esas olarak uyuşturucu bağımlıları ile alkoliklerin tecrit ve tedavisi olarak kullanılan yerleri, sanatoryumları , kaplıcaları, sağlık hidrolarını , zayıflama merkezlerini kapsıyacak şekilde yorumlanamaz.

-ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU (ASK) :

Sigortacı'nın Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için sözleşme yapmış olduğu ve aynı zamanda GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan sağlık kurumları ile kurum bünyesinde kadrolu olarak çalışan (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) ve Sigortacı ile anlaşmalı çalışan doktorları ifade eder.

Ancak adı geçen ASK'nın, bu listede yer almış olması Groupama tarafından önerildiği anlamına gelmez. Hizmet kaliteleri ve yapılan işlemlerin tıbbi sorumluluğunu ilgili kişi ve kurumlar taşımak zorundadır. Groupama Sigorta sorumlu tutulamaz.

Ayrıca Groupama Sigorta, Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network'te yer alan sağlık kurumlarındaki özel uygulamalar otomatik olarak son bulur.

Bunun yanı sıra anlaşmalı sağlık kurumlarında uygulanan özel uygulamalar da (Check Up vb.)

Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda son bulur. Bu uygulamalar poliçe vadesi içerisinde de gerçekleşebilir. Poliçenin yenileme döneminin beklenmesi zorunluluğu bulunmamaktadır.

-ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURULUŞU :

Groupama Sigorta A.Ş ile özel anlaşması bulunmayan ve Anlaşmalı Kurum listesinde yer almayan veya poliçe dönemi içerisinde anlaşması sona eren sağlık kurumlarıdır.

- GROUPAMA MÜŞTERİ HİZMETLERİ :

Sigortalıların her türlü soru, istek, öneri ve şikayetlerini aktarabildikleri , ambulans gibi çeşitli hizmetler alabildikleri 0850 250 50 50 numaralı telefon hattıdır

3- SİGORTANIN TEMİNATI ve LİMİTLERİ :

HİSS TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI, poliçe sahibi sigortalılarının, bu poliçe için anlaşmalı sağlık kurum ve kuruluşlarından sağlık hizmeti almaları sırasında oluşabilecek ilave ücretlerin poliçe teminat, limit, katılım payı özel ve genel şartları doğrultusunda ödenmesini kapsar.

Sigorta bitiş tarihinde devam etmekte olan yatarak tedaviler poliçenin Groupama Sigorta'dan ya da bir başka sigorta şirketinden yenilenmemesi şartıyla 10 günü geçmemek kaydıyla yatarak tedavinin bitimine kadar geçerlidir. Poliçe teminat limit ve katılım payını aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir.

İş bu poliçe için geçerli Anlaşmalı kurumlar üzerinde GROUPAMA SİGORTA A.Ş' nin değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.groupamasigorta.com.tr adresinde yer almaktadır.

3.1 - YATARAK TEDAVİ MASRAFLARI TEMİNATI :

HIS04/2020

Gizlilik Sınıflandırması : Internal (Kurum İçi)

Yatarak Tedavi teminatı, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, tıbben gerekli olan cerrahi ve/veya dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi giderleri, ile sigortalının hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık giderleri ve küçük müdahale giderlerinin poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde karşılanmasını kapsar. Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri yıllık 30.000.TL limit dahilinde ödenir.

Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.OdaRefakatçi, Yoğun Bakım Ünitesi teminatları ve toplamda tüm yatarak tedavi teminatları için, masraflar teminat limitleri dahilinde en çok 180 gün için karşılanır. Yoğun bakım ünitesi teminatı maksimum 90 gün ile sınırlıdır.

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.

3.2 - AYAKTA TEŞHİS / TEDAVİ MASRAFLARI TEMİNATI :

Ayakta tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi masraflarını kapsar.

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 teminatı ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın toplam 20 seans ile sınırlıdır.

Ayakta Tedavi teminatı poliçe dönemi içerisinde azami 10 kez kullanım ile sınırlıdır. Her bir muayene işlemi ve ilişkili diğer tanı işlemleri 1 kez olarak değerlendirilir. Doktor muayenesi ile ilişkili olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışıdır. İlaç ve aşı giderleri teminat kapsamı dışındadır.

0-6 yaş grubundaki çocukların rutin muayene masrafları ödenir. Bebeklerde kalça USG ve işitme testi ayakta tedavi kapsamında karşılanır.

Ayakta Tedavi Teminatları tek başına verilemez, ancak Yatarak Tedavi Teminatı ile birlikte alınabilir. Bu teminat, ayakta tedavi teminatının satın alınması halinde geçerlidir.

3.3- YURTIÇİ ACİL YARDIM VE DANIŞMANLIK HİZMETİ:

Yurtiçi acil yardım hizmetleri Groupama Sigorta tarafından tayin edilen asistans hizmeti veren şirket tarafından yürütülmektedir. Hizmetler ile ilgili açıklamalar madde 20'de belirtilmiştir.

3.4- HİSS CHECK- UP TEMİNATI:

18 yaş (dahil) ve üzeri sigortalılar için hekim isteği olsun ya da olmasın içeriği aşağıda belirtilen checkup masraflarına ait giderler, bu teminat için anlaşma yapılmış kurumlarda yaptırılması koşulu ile ücretsiz olarak karşılanacaktır. Bu teminat için anlaşma yapılmış kurumlar dışındaki giderler teminat kapsamı dışındadır.

Ayakta tedavi teminatlı planlarda HİSS check up anlaşması yaptığımız kurumlarda yılda bir kez , Sadece yatarak tedavi teminatı olan planları için iki yılda bir kez geçerlidir.

HİSS Check – up teminatının içeriği:

Akciğer grafisi, EKG, Glukoz, Kreatinin, Total Kolesterol, LDL Kolesterol, Total Kolesterol / HDL Kolesterol, SGPT (ALT), Kan sayımı, Tam idrar analizi

***Check-up** teminatları; Groupama Sigorta'da ilk sigortalanma tarihi itibariyle 3 ay bekleme süresine tabidir.

3.5 - 7/24 DOKTORUM HİZMETİ:

Sağlık alanında yaşadığınız sorunların çözümüne yardımcı olmak için ücretsiz 7/24 Doktorum Destek Hizmeti sunuyoruz.

Aylık 45 dakikalık bir görüşme limitiniz olup, doktorlarla yapılan tek bir görüşme kişi başına 15 dakika ile sınırlı olacaktır. Bu hizmet kapsamında 7/24 bilgisayarınızdan, mobil cihazınızdan doktorlarla yüz yüze görüşebilir, randevu alabilir, laboratuvar sonuçlarını doktorunuzla birlikte değerlendirip, alanında uzman doktorlarımızdan görüşler alabilirsiniz.

Alınan hizmetler sağlık poliçenin limitleri ve Hasar prim oranını etkilemeyecektir.

Hizmetten faydalanabilmek için aşağıdaki mail adresinden giriş yapabilirsiniz:

<https://www.groupama.com.tr/7-24doktorum>

4- BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda yazılı hastalıklar, komplikasyonları ve nüks durumlarının cerrahi ve yatarak yapılan teşhis ve tedavi harcamaları Groupama Sigortadaki ya da kazanılmış haklarının verilmesi şartıyla önceki şirketindeki ilk sigortalanma tarihini takip eden 3 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır.

- Her türlü Kanser ve Kalp hastalıkları, Kronik Böbrek Rahatsızlıkları, Diyaliz,
- Böbrek ve Üriner Sistem Taşı, Prostat Hastalıkları, Spermatosel
- Safra Kesesi ve Safra Yolu Hastalıkları, Karaciğer Hastalıkları, Karaciğer Biyopsisi, Hertürlü Hepatit, Kisthidatik
- Meme Hastalıkları
- Sinüzit, Bademcik ve Geniz Eti hastalıkları, Orta Kulak İltihabı, Otokleroz, Kulak Zarı, İşitme Kusuru
- Tiroit Bezi Hastalıkları/Guatr
- Katarakt, Retina Hastalıkları, Glokom, Lens Cerrahileri, Göz Kapağı Hastalıkları, Şalazyon (Travma sonucu oluşan durumlar hariç.)
- Omurga ve Disk Hastalıkları(Diskopati)
- Her türlü fıtıklar (karın, kasık, iç organ fıtıkları vb.) (Teminat dışı hallerde belirtilen durumlar hariç.)
- Anorektal hastalıklar (Hemoroit /Anal Fistül/Anal Fissür/Anal Apse/Perianal Apse), Sinüs Plonidialis
- Kalça, Omuz, Dirsek, Diz, El, Ayak eklemi hastalıkları (koksartroz, gonartroz, menisküs, kıkırdak, sinovya ve bağ lezyonları, tetik parmak, çekiç parmak vb.)
- Her Türlü Selim Kist, Tümör, Kitle, Polip, Lipom, Nevüs, Siğil (Verruca), Higroma, Nöroma vb.
- Tuzak Nöropatiler, Karpal Tünel Sendromu
- Özofagus, Mide ve Duedonum Hastalıkları, ince ve kalın bağırsak hastalıkları, İnflamatuar Barsak Hastalıkları (Ülseratif Kolit, Chron), Barsak Divertikülleri, Polipleri
- Her Türlü Varis
- Rahim, yumurtalık ve tüp hastalıkları (Over Kisti, Myom, Bartolin Absesi/Kisti, endometriozis, endometrioma)
- Stres inkontinans, Sistosel, Rektosel, Uterin Prolapsus
- Tüm Ramotolojik ve Otoimmün Hastalıklar (romotoidartrid, SLE, MS vb.)
- Nörolojik hastalıklar ve Epilepsi

Şu kadar ki:

Sigortacı, sigortalı/sigorta ettirenin beyanını/belgeleri değerlendirerek poliçe ekine yazmak kaydı ile yukarıda belirtilen bu hastalıklara ait bekleme sürelerini uzatabileceği gibi, bunlar dışındaki hastalıklara da bekleme süresi koyabilir.

b-Her türlü fizik tedavi ve rehabilitasyon ile algoloji uygulamaları 3 ay bekleme süresince sigorta kapsamı dışındadır.

5- TEMİNAT DIŞI HALLER :

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda sayılan teminat dışında kalan hallere ilaveten, aşağıda sayılan haller, tetkik ve tedaviler ile bunların sebep, sonuç, nüks ve komplikasyonlarına ait sağlık harcamaları, işbu Sigorta Sözleşmesinin kapsamı dışında tutulmuş olup, Sigortacı bunlardan dolayı sorumlu olmaz.

Sigortacı "Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler poliçede bulunan, Groupama Yenileme Güvencesi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Teminat dışı hallerde belirtilmemiş olsa da yeni kullanılmaya başlanan tedavi yöntemleri için Groupama Sigorta'nın vereceği karar doğrultusunda ödeme koşulları belirlenecektir.

- 5.1** Sigorta başlangıç tarihi öncesi yada sonrası ortaya çıkmasına bakılmaksızın Sosyal Güvenlik, Kurumu tarafından ödenmeyen her türlü sağlık harcamaları
- 5.2** SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı dönemde meydana gelen sağlık giderleri.
- 5.3** Sigortalının sigorta başlangıç tarihinden önceki mevcut rahatsızlıkları ve mevcut maluliyetleri, doğuştan ileri gelen ve/ veya yapısal hastalık ve sakatlıkların ilk teşhis sonrası devam eden tetkik ve tedavileri, kalıtsal hastalık ve sakatlıkların muayene, teşhis ve tedavileri ile bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklar için yapılan masraflar, Çölyak Hastalığı, Veziko üreteral reflü-VUR, Tüm hemanjiomlar, Her türlü genetik testler (tedavi planlaması ve profilaksi amacıyla yapılan genetik testler de dahil) ve genetik durum araştırılması,
Başvuru formunda beyan edilmiş ve istisna uygulanmamış olsa dahi, sigorta başlangıç tarihi öncesi bilinen, fark edilen, tanısı konan ve bilindiği halde beyan edilmeyen, başlangıç sigortalılık öncesine dayandığı sonradan belirlenen her türlü hastalık, sakatlık, rahatsızlık giderleri ile tanısı henüz konmamış olsa bile beyan edilmemiş yakınmalar ile ilgili tüm sağlık giderleri,
- 5.4** 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 98. Maddesi gereğince sigortalıların ödemek ile yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri,
- 5.5** Tamamlayıcı Grup Sağlık Sigortası ürününe özel anlaşmalı sağlık kurumları dışında gerçekleşen her türlü sağlık harcaması (acil durumlar da dahil olmak üzere)
- 5.6** Ayakta tedavilerde kullanılan her türlü ilaç, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri
- 5.7** Poliçede belirtilen kullanım adedini , teminat limitini, katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri
- 5.8** Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri için 30.000 TL üst limiti aşan giderler

- 5.9** Sigortalının herhangi bir hastalığı olmadan tetkik ya da korunma amacıyla (profilaktik) yaptırılan doktor muayene ve laboratuvar / röntgen v.b. uygulamaları, cerrahi işlemler (risk azaltıcı cerrahiler), tedaviler, hastalıkların erken tanısına yönelik uygulamalar, check-up'lar, ilaç ve aşı masrafları,
- 5.10** Hekim tarafından öngörülen bir teşhis / tedavi programı olmadan yapılan uygulamalar ile bunların neticesinde oluşan her türlü masraf,
- 5.11** Bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler ve deneysel tedaviler, kayropraktik uygulamaları, , PRP , Kondromembran uygulamaları, kanser tedavileri haricindeki tedavilerde kök hücre hazırlanması, saklanması, dondurulması, nakli ve kök hücre kullanımı, ozon tedavisi , kinezyo bant , proloterapi , stromal vasküler fraksiyon (svf) ,mozaikplasti, allogreft , ksenogreft giderleri,
- 5.12** Sigorta başlangıç tarihinden itibaren sigortalının geçirebileceği bir kazanın gerektirdiği haller dışında her türlü plastik ameliyatlara, estetik amaçlı muayene, teşhis ve tedaviler, jinekometri, cinsiyet değiştirme ameliyatları, nedeni her ne olursa olsun meme küçültme/büyütme ameliyatı, rectus diastazi, karın germe ameliyatları, lazerli epilasyon, her türlü cilt hastalığı ile ilgili lazer ve fototerapi uygulamaları (puva tedavisi hariç),telenjektazi, ksantalezma, cilt hemangiomlarına yönelik tedaviler, yüzeysel varis tedavileri (sklerozan varis tedavisi, endovenöz lazer tedavisi, her tür lazer tedavileri gibi),
- 5.13** Sigorta başlangıç tarihinden itibaren sigortalının geçirebileceği bir kazanın gerektirdiği haller dışındaki skolyoz, kifoz, lordoz ile ilgili masraflar,
- 5.14** Septum deviasyonu,Konka Hipertrofisi, burun meca darlığı ve komplikasyonlarının masrafları, İmmunoterapi ve alerji testleri (cilt testleri, serumda kantitatif antijen tayinleri ve diğer tetkikler),konsultasyon paneli (acil test)
- 5.15** Halluks Valgus/Rigidus ve pes planus rahatsızlıklarına ilişkin masraflar
- 5.16** Spermatosel, hidrosel, kordon kisti ve epididim kistlerinin muayene, teşhis ve tedavi masrafları, inmemiş (retraktil) testis, 6 yaşından önceki inguinal herni muayene teşhis ve tedavi masrafları, kısırlıkla ilgisi olsun ya da olmasın, her türlü varikosele ait giderler,
- 5.17** Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlamaya yol açan tüm rahatsızlıkların muayene, teşhis, tedavi ve yardımcı cihaz masrafları,
- 5.18** Gebelik ile ilgili her türlü gider, doğum ve yeni doğan bebek masrafları, Kuvöz masrafları
- 5.19** Organ ve doku nakillerinde vericinin (Donör) masrafları, organ ve doku ücretleri ve organ ve dokunun ulaşım masrafları,
- 5.20** Şaşılık ve gözde kırılma kusurları için yapılan lazer ve cerrahi uygulama masrafları , görme tembelliği,keratokonus, için yapılan her türlü teşhis, tetkik ve tedavi masrafları,her türlü gözlük cam çerçeve lens, dioptrik, teleskopik aparat, multifokal, trifokal (torik) intraoküler lens giderleri ,
- 5.21** AIDS, ARCS ve HIV virüsüne bağlı tüm hastalıklar, genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkümünata vb.) genital ve anal kontajiosum, Human papilloma virüs (HPV) teşhis ve tedavi masrafları ve zührevi hastalıkların (gonore vb.) muayene, teşhis ve tedavi masrafları,
- 5.22** Tıbbi olmayan sebeplerle yapılan kürtaj masrafları, kısırlaştırma (tüp ligasyonu, vazektomi v.b.), implant kontraseptifler, düşük araştırması, iktidarsızlık (ereksiyon bozuklukları), cinsel işlev bozukluğu, infertilite (kısırlık) ve/veya kısırlığın giderilmesi için yapılan (tüp

bebek, mikroenjeksiyon vb.) her türlü masraf, hsg ve histeresonografi vb. tetkikler, gebelik gerçekleşmeden çocuk istemi nedeniyle kontrol amaçlı yapılan tetkik, kontrol ve tedaviler, Kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kan bankası kira giderleri,süt dışı saklanması,

- 5.23** Tıbbi endikasyonu olsun ya da olmasın her türlü nedenle yapılacak sünnet uygulamaları ve komplikasyonları, Motor ve mental gelişim bozukluğu, büyüme ve gelişme bozukluğu, puberte bozukluğu ile ilgili tüm giderler,
- 5.24** Ayakta ve/veya yatarak tedavilerde bir sigorta yılı içinde 20 seansın üzerinde oluşan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının gerektirdiği her türlü masraf,
- 5.25** Psikiyatrik, psikolojik hastalıkların muayene, teşhis-tedavisi, psikosomatik hastalıkların muayene, teşhis ve tedavi masrafları ile psikolog, pedagog, sosyal hizmet uzmanı v.b. masrafları,
- 5.26** Geriatrik hastalıklar (demans alzheimer v.b.) ve psikogeriatric hastalıkların muayene, teşhis ve tedavi masrafları, Parkinson hastalığı
- 5.27** Sigortalının alkol ve uyuşturucu maddeler tesiri altında bulunmasından ileri gelen her türlü hastalık ve kazanın gerektirdiği muayene, teşhis ve tedavi masrafları, alkol ve uyuşturucu maddelerin kullanımına bağlı olarak gelişen her türlü hastalık ve komplikasyonlarına ait muayene, teşhis ve tedavi masrafları, sigara, alkol v.b. her türlü madde bağımlılığını bırakma tedavisi masrafları,
- 5.28** Alternatif tıp yöntemleri (akupunktur, hipnoz, aromaterapi, nöral terapi v.b.) obezite, metabolik sendrom, anoreksia tanısına yönelik işlemler, zayıflamaya yönelik işlemler(liposuction, manuel tedavi, LPG ve lazerli selülit tedavileri vb.), metabolik cerrahi, obezite cerrahisi, diabet cerrahisi , antidiabetik ilaçların obezite tedavisinde kullanımı, kilo alma/verme amacıyla yapılan uygulamalar ile ayak bakım merkezlerinde oluşan masraflar, PRP (Platelet Rich Plasma) kaplıca kür merkezlerinden alınan tüm hizmetler, masaj giderleri, diyet uzmanları, çamur banyoları, zayıflama merkezleri, jimnastik salonları ve benzeri yerlerde yapılan her türlü masraf, antiaging uygulamaları için yapılan her türlü masraf, beslenme ve diyet için yapılan her türlü teşhis ve tedavi masrafları, estetik güzellik merkezlerinde oluşan her türlü masraf, ses ve konuşma terapisi masrafları,
- 5.29** Saç dökülmesi için yapılan her türlü muayene, teşhis ve tedavi masrafları, terleme tedavisi, iyontofrez, botox uygulamaları, orlistat ve türevleri ile yapılan tedaviler (xenical caps, v.b.), sibutramine ve türevleri ile yapılan tedavi masrafları (reductil caps, v.b.),
- 5.30** Tarım ve Köyışleri Bakanlığında onaylı, Sağlık Bakanlığında ithalat izni ile ithal edilen ve ilaç ruhsatı olmayan drog, vitamin ve gıda destek ürünleri, tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar, bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar, sigara bırakmak amacı ile kullanılan nikotin preparatları, kontakt lens bakım preparatları, her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları, her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar, her türlü sabun, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, saç veya kepek şampuanı, cilt kremi, cilt sabunu, kozmetik ürünler, termofor, termometre v.b. masrafları,
- 5.31** Sigortalının sigorta başlangıç tarihinden sonra geçirebileceği bir trafik kazası sonucu hasara uğramış çene ve dişlerinin eski halini alması için yapılan masraflar da dahil olmak üzere, diş hekimlerince diş, dişeti ve çeneye yapılan her türlü müdahale, teşhis ve tedavi masrafları,
- 5.32** Anlaşmasız ambulans masrafları

- 5.33** Gözlük-cam-çerçeve, kontak lens ve solüsyonları, diş protezleri, tekerlekli sandalye, işitme cihazı, koltuk değneği, ortopedik bot-taban-terlik-ayakkabı-dizlik-bileklik vb., kol askısı masrafları,
- 5.34** Çocuk bezi, mama, biberon, emzik, bebek bakım kremleri v.b. masrafları,
- 5.35** Her türlü lisans sahibi olunarak yapılan amatör-profesyonel sporlar/, ekstrem (uç, aşırı) sporlar (dağcılık, paraşütcülük, yamaç paraşütü, havada yolculuk dışı uçuş, su altı sporları, ralli, motokros, atv kullanımı, kayak, snowboard vb.) ve bunlara ilişkin spor müsabakaları ile sürat ve mükavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara ait giderler, sigortalının ehliyetsiz araç kullanımına bağlı her türlü kaza, amatör veya profesyonel her türlü spor müsabakası ve antrenmanda meydana gelen yaralanmalar,
- 5.36** Hastanede ayakta ya da yatarak tedavi sırasında sağlanan özel hemşirelik hizmetlerine ait masraflar,
- 5.37** Sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlardan alınan sağlık hizmeti giderleri,
- 5.38** Robotik cerrahi ile yapılan operasyonlarda robot kullanımı, robot malzemeleri v.b. masrafları, beyin ameliyatları hariç navigasyon ücretleri, Elektron Tomografi (EBT), Volüme Bilgisayarlı Tomografi (VCT) ve benzeri cihazlar ile yapılan koroner arter kalsiyum tarama testi, çok dedektörlü bilgisayarlı tomografi cihazları ile yapılan koroner arter angiografileri-tarama amaçlı sanal bronkoskopi, sanal kolonoskopi masrafları, kapsül endoskopi masrafları,
- 5.39** Tedavinin tıbben yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda poliçede belirtilen teminat limit ve uygulamalarının kapsamı haricinde günlük hastane giderleri tazminatı,
- 5.40** Sigortalının hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, iş göremezlik tazminatı,
- 5.41** Sigortalı bakıma gereksinim duyar duruma geldiği takdirde, Evde Hemşire Bakım giderleri ve gündelik bakım parası giderleri,
- 5.42** Poliçede belirtilen teminat, limit ve uygulamalar haricindeki tüm masraflar, poliçe ek şartlarında belirtilen kapsam dışı özel durumlar
- 5.43** Grevlere, lokavtla ilgili işçi hareketlerine, halk hareketlerine, kavgalara iştirakin doğuracağı sakatlıklar ve gerektirdiği teşhis ve tedavi masrafları, deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması, Meslek hastalıkları, askerlik görevi esnasında ya da silah altında iken meydana gelen hastalıklar,kazalar vb.olaylar nedeni ile oluşan giderler,
- 5.44** Yurt dışında ortaya çıkacak her türlü tetkik tedavi ve diğer sağlık giderleri ile yurt dışından getirilen ilaç harcamaları ,
- 5.45** Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan aşağıda detayları belirtilmiş olan her türlü gider
- a. Sigortalının tanı, tedavi sürecinde yapılırsa dahi her türlü ulaşım ve konaklama giderleri ile yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları,
- b. Telefon, internet, televizyon, kafeterya, minibar gibi tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan giderler,

c. Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider,

6- COĞRAFİ KAPSAM :

Bu poliçe Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan Hiss Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumlarında Özel şart ve limitleri dahilinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe kapsamında değildir.K.K.T.C (Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti) yurt dışı olarak kabul edilir.

7- SİGORTAYA GİRİŞ İŞLEMLERİ:

a) HİSS Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında sadece Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olan Türkiye Cumhuriyeti (T.C) vatandaşları ve Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olan yabancı uyruklu kişiler sigortalanabileceklerdir.

Bu poliçe sadece Türkiye Cumhuriyeti (T.C) sınırları dahilinde geçerli olup, yurt dışında geçerli olmayacaktır. KKTC yurt dışı olarak kabul edilmektedir.

SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar Hiss Tamamlayıcı Sağlık sigorta poliçesini devam ettirebilecek ancak teminatlardan faydalanamayacaktır. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden işlerlik kazanacaktır.

Herhangi bir nedenle sigortalılık sürecinin kesintiye uğraması halinde işbu poliçe özel şartlarında yazılı kazanılmış haklar için Şirketimizin taahhütleri son bulur.

b) Sigortalının yaşı cari yıldan doğum yılının çıkarılması ile bulunur.

c) Sigortaya ilk defa girişte sigortalılar için üst yaş limiti 60'dır (60 yaş dahil). 18 yaşından küçük sigortalılar , 18 yaşından büyük bir sigorta ettirenin olması koşulu ile tek başına sigorta kapsamına dahil edilebilirler.

d) Talep edilmesi durumunda sigortalının 25 yaşından küçük bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş çocukları SGK kabul kriterleri baz alınarak sigorta teminatına dahil edilebilirler.

e) Yeni doğan bebekler doğum tarihinden 14 gün sonra sigorta kapsamına alınırlar. 14 günden büyük bebekler, sigorta ettirenin 18 yaşından büyük olması şartı ile tek başına sigortalanabileceklerdir.

f) Sigorta kapsamına sigorta yılı içinde girecek kişiler için ödenmesi gereken prim, gün esasına göre hesap edilerek düzenlenecek poliçe ekinde gösterilir.

g) Sigortalının sigorta süresi içinde evlenmesi halinde eş için evlilik tarihinden itibaren 30 gün içerisinde sigorta kapsamına alınmak üzere başvuru yapılması gerekmektedir.

8- GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Sigortaya diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde sigortalılar için üst yaş limiti 60'tır.

Başka bir sigorta şirketinden şirketimize HİSS Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünü ile geçiş yapmak isteyen sigortalılar poliçe bitiş tarihinden itibaren 30 gün içerisinde başvuruda buldukları takdirde Geçiş bilgileri ile risk değerlendirmesi neticesinde geçişinin uygun olup olmadığına karar verilecektir.

Groupama Sigorta'daki başvuru tarihi ile bir önceki sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihi arasında 30 günlük bir süre olması durumunda poliçe başlangıç tarihi diğer şirketteki poliçe bitiş tarihi olacaktır. Ancak diğer şirketteki poliçe bitiş tarihi ile Groupama Sigorta tanzim tarihi arası için hasarsızlık formu doldurulması istenecektir. Bir önceki sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihinin üzerinden 30 günden

daha fazla süre geçmişse; sigortalı için yeni sigortalı gibi işlem yapılarak kazanılmış hakları verilmeyecektir.

Kişinin diğer sigorta şirketi/şirketlerindeki ilk sigortalanma tarihlerinden önceye dayandığı tespit edilen rahatsızlıkları önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi kazanılmış hak kapsamına girmez. Bu rahatsızlıklar teminat haricidir.

Sigortacı, sigortalı adaylarının önceki poliçelerinde kazanılmış haklarının devamına, şirketimizdeki geçmiş sigortalılık bilgileri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. Sigortacı, HİSS Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününe ait Özel Şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

Kazanılmış haklardan bahsedebilmek için Önceki sağlık sigortasında en az bir tam yıl sigortalı olunmalıdır.

9- SİGORTANIN YENİLENMESİ VE GROUPAMA YENİLEME GÜVENCESİ:

9-1) SİGORTANIN YENİLENMESİ:

İşbu sigorta, en çok 1 yıl süreyle geçerlidir. Ancak, sigorta bitiş tarihini takiben Sigortalı/Sigorta ettirenin talebiyle Sigortacının belirleyeceği esaslar dahilinde yenileme poliçe düzenlenebilir.

Poliçe yenileme işlemleri, poliçe bitiş tarihinden itibaren 30 gün içinde yapılmalıdır. Poliçe yenilemesinin 30 günü geçmesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalanacak bir sigortalı olarak kabul edilir. Yenilemede risk analizi değerlendirme sonucu katılım payı, muafiyet, limit ve ek prim uygulanabilir.

Sigortacı, Groupama Yenileme Güvencesi mevcut olmayan sigortalıların sigortalı olduğu dönem içerisindeki sağlık durumunu ve/veya hasar/prim oranını inceleyerek yenileyip yenilememe kararı verir. Sigortacı, yenileme kararını verirken son sağlık durumunu belirten beyanını, sosyal ve/veya özel sağlık sigortalılığına ilişkin kayıtların ibrazını ve ek tetkiklerini isteyebilir. Sigorta Bilgi Merkezinden, varsa önceki sigorta şirketlerinden veya sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alabilir. Groupama Sigorta, mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumu ile sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde sigortalılara ait her türlü bilgi ve belge (tazminat, teminat detayları vb) alışverişinde bulunabilir. Groupama Sigorta'nın sağlık sigortası ürününe sahip kişiler sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde resmi kurumlarla yapılacak bilgi ve belge alışverişini peşinen kabul etmektedir.

Bu bilgiler ile birlikte sigortalı olduğu dönem içerisinde ortaya çıkan rahatsızlık ve / veya hastalıklarını değerlendirerek, yenileme döneminde istisna bırakabilir, hastalık limiti uygulayabilir veya hastalık ek primi uygulayarak ilgili rahatsızlık / hastalığı teminat kapsamına alabilir.

Sigortalının yenileme döneminde HİSS Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününden, Groupama özel Sağlık sigortası ürünlerine geçiş talep edilmesi halinde risk değerlendirmesi yapılarak geçişinin uygun olup olmadığına karar verilecektir. Ayrıca Groupama Özel Sağlık Sigortası ürünlerinden HİSS Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününe geçiş yapmak isteyen sigortalılar için risk değerlendirmesi yapılarak geçişinin uygun olup olmadığına karar verilecektir. Risk değerlendirme sonucuna istinaden sigortalı olduğu dönem içerisinde ortaya çıkan rahatsızlık ve / veya hastalıklarını değerlendirerek, yenileme döneminde istisna bırakabilir, hastalık limiti uygulayabilir veya hastalık ek primi uygulayarak ilgili rahatsızlık / hastalığı teminat kapsamına alabilir.

Groupama Yenileme Güvencesi hakkı bulunan sigortalılar için plan/ürün değişikliği talebinin uygun görülmesi halinde Groupama yenileme güvencesinin şartları yeniden düzenlenebilir.

Yeni plan/ürün daha evvelce olmayan teminat türlerini içeriyorsa, yeni teminatlar için özel şartlarda belirtilen bekleme süreleri ve muafiyetler yenileme tarihi itibariyle geçerli olacaktır.

Sigortalıların sahip oldukları son ürünün satışının durdurulması halinde sigortalının poliçesini muadil bir ürün veya teminatlar ile yeniler.

Sigortalının, önceki poliçesinin özel şartlarında/teminatlarında yer alan ama yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda/teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir.

9-2) GROUPAMA YENİLEME GÜVENCESİ:

Sağlık sigortasının kesintisiz olarak en az 3 yıl Groupama Sigorta'da aynı ürün ile devam etmiş olması koşulu ile son 3 yıla ait ortalama hasar / prim oranının %80'in altında gerçekleşmesi halinde Groupama Sigorta sigortalının poliçe şartlarını (limit, muafiyet, katılım payı , ekprim uygulaması) yeniden belirleyerek Groupama Yenileme Güvencesi verilip verilmeyeceğini değerlendirir.

Bu değerlendirme neticesinde Groupama Yenileme Güvencesi kararı verildiği takdirde poliçede mevcut bulunan muafiyetler ve hastalık ekprimleri dışında Groupama Sigorta'da iken teşhis edilen ve sigorta kapsamında teşhis/televi masrafları ödenen rahatsızlıklar için Groupama Yenileme Güvencesine hak kazanıldığı tarihten sonra muafiyet ve/veya hastalık ek primi ve/veya hastalık limiti uygulanmayacaktır.

60 yaş ve üzeri kişiler için Groupama Yenileme Güvencesi değerlendirmesi yapılmayacaktır. Yenileme güvencesi değerlendirmesi yapılabilmesi için sigorta giriş yaşının 56 ve altı olması gerekmektedir.

Groupama Yenileme Güvencesi kişiye özeldir. Poliçedeki her bir fert için ayrı değerlendirme yapılır ve bu hakkı kazanan sigortalıların poliçesinde Yenileme Güvencesi ayrıca belirtilir.

Sigortacı "Yenileme Güvencesi" başvurusu yapan sigortalının sağlık riskini değerlendirmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık koşullarına göre başvuruyu red etme, şartlı kabuller (limit, ek prim, katılım, muafiyet... vb) uygulayarak kabul etme veya herhangi bir şart uygulamaksızın "Yenileme Güvencesi " verme hakkı saklıdır.

Şirketimiz kurumsal sağlık sigortası kapsamında poliçesi bulunan kişilerin herhangi bir nedenle poliçelerinin sona ermesi durumunda, yenileme güvencesi bulunuyorsa, HİSS tamamlayıcı sağlık sigortasına haklarıyla geçişleri mümkün olacaktır. Yenileme güvencesi bulunmayan sigortalılar için risk değerlendirmesi yapılacaktır.

Başka bir sigorta şirketinden, HİSS Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününe geçiş yapılacak poliçelerde yenileme garantisi/güvencesi olsun yada olmasın sigortalılara risk analizi yapılacak, limit, katılım payı, ek prim, muafiyet v.b uygulamalar söz konusu olabilecektir.

Önceki şirketteki kazanılmış olan Yenileme Garantisi/Güvencesi hakkı Groupama Sigorta A.Ş kriterlerine göre değerlendirilecek olup, belirlenecek şartlar çerçevesinde sigortalının yenileme garantisi/güvencesi hakkı Sigortacının mevcut özel şartları ile devam ettirilir.

Groupama yenileme güvencesi verilen sigortalının bu güvence verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan ve sigortalı tarafından bilinen ancak sigortacının bilgisi dahilinde olmayan rahatsızlık / hastalık durumunda, sigortacı durumu öğrendiği tarih itibari ile Groupama yenileme güvencesine son verme, ek şart ve/veya hastalık ek primi ve/veya limit ve/veya katılım payı uygulayarak devam ettirme hakkına sahiptir.

Sigortalının hileli ve kötü niyetli davranışları tespit edildiği takdirde Groupama yenileme güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın sigorta akdi Groupama Sigorta tarafından tek taraflı olarak fesh edilir.

(Groupama Yenileme Güvencesi'nin 23.10.2013 tarih/28800 sayılı Özel Sağlık Sigortası Yönetmeliğinde yer alan Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nden farkı, poliçenin hasar/prim oranına bağlı olarak maksimum % 50' ye kadar kullanım ek prim uygulamasıdır.)

8- TAZMİNAT ÖDEMESİ :

İş bu sözleşme kapsamında tazminat ödemeleri doğrudan sigortalının hizmet aldığı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası anlaşmalı Sağlık Kurumuna yapılır. Sigortalının elden alacağı faturalar için sigortalıya yatarak tedavilerde 1 SUT kadar ödeme yapılacak, ancak elden alınacak ayakta tedavi harcamaları karşılanmayacaktır.

İş bu sigorta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası anlaşmalı Sağlık kuruluşlarında (bazı anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yalnızca belli branşlarda anlaşma vardır.) anlaşma yapılmış branşlarda geçerlidir.

Groupama Sigorta A.Ş. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının geçerli olduğu Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları listesinde değişiklik yapma hakkına sahiptir. Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları listesinin güncel hali Groupama Sigorta Web sayfasında yer almaktadır.

Sigortalılık süresi içinde karşılanmayan bir tazminatın tekrar değerlendirilmesi için sigortalı Groupama Sigorta A.Ş. istemeden tetkik yaptırırsa, tazminatın ödenmesine karar verilsin ya da verilmesin sigortalının kendi isteği ile yaptırdığı tetkik masrafları Groupama Sigorta A.Ş. tarafından karşılanmayacaktır.

Sosyal Güvenlik Kurumu şartı gereği ayakta tedavilerde doktor muayene ve diğer tanı işlemlerinin tümünün aynı kurumda yapılması gerekmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu kuralları gereği resmi tatillerde ve haftasonlarında provizyon hizmeti verilemeyecektir.

Rücu : Sigortacı, Poliçenin Özel Şartları'na ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarına aykırı düşen giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıdan fer'ileri ile birlikte tahsil etme hakkına sahiptir.

Halefiyet : Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısıyla sorumlu üçüncü kişilere karşı ödediği tutar kadar sigortalının yerine geçer.

11-PRİMİN TESPİTİ;

11-1 Primin Tespitine İlişkin Kriterler :

Sigorta primi; yaş ve seçilen plan için belirlenmiş standart tarife primlerinin üzerinden yaşanan il, sigortalının hasar/prim oranı, mevcut hastalık riskleri göz önünde bulundurularak hesaplanır. Poliçe primleri, poliçe başlangıç tarihinde geçerli olan standart tarife primleri ve tarife modeli üzerinden hesaplanır.

11-2 Prime İlişkin Düzenlemeler :

Sigorta priminin ne şekilde, hangi vade ve tutarlarda ödeneceği poliçe üzerinde belirtilecektir. Sigorta Primi yaş , İstanbul ve İstanbul harici iller olarak sınıflandırılmıştır.

Sigortalının hastalık/rahatsızlıkları için hastalık ek primi uygulanabilecektir. Sigortalının hastalık/rahatsızlıkları için hastalık başına %5-%50 aralığında hastalık ek primi uygulanabilecektir.

Yenileme teklifinin verilmesinden yada poliçenin yenilenmesinden sonra bir önceki poliçeye ait tazminat talebi oluşur ve bu tazminat sonucunda yenileme priminde bir değişiklik söz konusu olursa sigortacı ek prim alabilir veya sözleşmeyi fesh edebilir.

Sigortacı transfer ve yenileme poliçelerde sigortalıya hasar/prim oranına yada rahatsızlıklarına bağlı olarak ek prim uygulama hakkını saklı tutar.

12- POLİÇENİN İPTALİ :

Sigortalının poliçe tanzim tarihinden itibaren 30 gün içinde, iptal isteminde bulunması, aynı zamanda poliçede hasar ve herhangi bir tahsilatın olmaması halinde mebdinden iptal yapılabilir.

Sigortalının poliçe tanzim tarihinden itibaren yıl ortasında iptal isteminde bulunması ya da vefat etmesi halinde iptal tarihi son hasar tarihinden önce olmamak koşulu ile gün esasına göre prim tahakkuk ettirilerek iptal işlemi yapılır.Ödenen tazminat toplam ödenen primden fazla ise, prim iadesi yapılmaz.

Sigorta ettirenin vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilebilir. Kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmemesi halinde hak edilen prim kesilerek geriye kalan tutar iade edilir.

Sigortalının vefatı durumunda şirketin hak etmediği prim sigorta ettirene, vefa eden sigortalının aynı zamanda sigorta ettiren olması durumunda ise kanuni varislerine sözleşme özel şartlarına göre iade edilir.Sigortalının tedavi görür iken vefat etmesi durumunda tedavi süresinde oluşan giderler sözleşmenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde sağlık hizmeti sunucusuna veya kanuni varislerine ödenir.

Sigorta ettirenin Prim ödeme yükümlülüğünün gereği gibi yerine getirilmemesi durumunda Türk Ticaret Kanunu hükümleri çerçevesinde poliçe iptal edilir.

Sigortalının kötü niyetli veya hileli davranışlarının (sigortanın sigortalı olmayan kişilerce kullanımı, sahte evrak ile tazminat talebinde bulunma vs.) tespit edilmesi halinde Groupama Sigorta ödenen tazminatları geri isteme ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.

Sigorta yılı içinde sigortadan ayrılma talebinde bulunan sigortalılar iptal dilekçesini üzerindeki tarih itibariyle 7 gün içinde Groupama Sigorta'ya ulaştırmalıdır. Evrağın üzerinde herhangi bir tarih olmaması halinde iptal işlemi evrağın Groupama Sigorta'ya ulaştığı tarih itibariyle yapılır.

Yenileme Güvencesi hakkı verilen sigortalının bu güvence verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan ve sigortalı tarafından bilinen ancak sigortacının bilgisi dahilinde olmayan rahatsızlık / hastalık durumunda, sigortacı durumu öğrendiği tarih itibari ile Yenileme Güvencesine son verme, ek şart ve/veya hastalık ek primi ve/veya limit ve/veya katılım payı uygulayarak devam ettirme veya poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

14- VERGİ - RESİM VE HARÇLAR :

Tarife primleri üzerinden geçerli mevzuata göre tahakkuk ettirilecek vergi resim ve harçlar sigortalı / sigorta ettirenden alınır.

15- TEBLİGAT ADRESİ:

Bir taraf sözleşmede gösterilen adresini değiştirdiği takdirde, bu hususu, diğer tarafa yazı ile bildirmek durumundadır. Aksi taktirde, eski adrese yapılan tebligat geçerli sayılacaktır.

16- İHTİLAFLAR:

İşbu sigortadan dolayı doğabilecek uyuşmazlıkların halinde İstanbul Mahkemeleri ve İstanbul İcra Daireleri yetkilidir.

17- VERGİ AVANTAJI:

193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu' nun 1 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 sigortası primleri vergi indirimi kapsamındadır. Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırları tanımlayan söz konusu maddeler, 10 Temmuz 2001 tarih ve 24458 numaralı Resmi Gazetede yayımlanan 4697 sayılı kanun ile değiştirilerek 7 Ekim 2001 tarihinden sonra geçerli olmak üzere yeni düzenlemeler getirilmiştir.

Bordro ile ücret alan mükellefin ödeyeceği sağlık sigortası primi, primin ödendiği ayda elde edilen brüt kazancın %5' ini ve asgari ücretin aylık tutarını aşmamak şartıyla gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Gelir vergisi beyannamesine tabi mükellefin ödeyeceği sağlık 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 %5' ini ve asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacak şekilde gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir.

Söz konusu kanundan yararlanabilmek için;

- 1) Bordro ile ücret alınması durumunda, çalışılan işyerinde muhasebe servisine sağlık sigortası makbuzunun verilmesi,
- 2) Serbest çalışılması durumunda ise sağlık sigortası makbuzundaki prim tutarının gelir vergisi beyannamesinde belirtilmesi gerekmektedir.

18- KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("6698 sayılı Kanun") uyarınca, kişisel veriler; veri sorumlusu olarak Groupama Sigorta A.Ş. ("Şirket" veya "Groupama") tarafından poliçe ekinde yer alan Kişisel Verilerin Korunmasına ilişkin Aydınlatma ve Rıza metninde belirtilen kapsamda işlenebilecektir. Hasar İşlemlerinin İfası, Hasar Ödemesinin İfası, Hasar Tespitinin, Kontrollerinin İfası, Poliçelendirme ve/veya Operasyon Süreçlerinin Planlanması ve İcrası, Şirketimizin ve İş Ortaklarının Hukuki Haklarının Sağlanması ve Korunması, Talep ve Şikayet Yönetimi, Yetkili Kuruluşlara Mevzuattan Kaynaklı Bilgi Verilmesi amacıyla sağlık verilerinin işlenmesi için poliçe ekinde yer alan Kişisel Verilerin Korunmasına İlişkin Aydınlatma ve Rıza Metninin sigortalı tarafından imzalanması gerekmektedir.

19- YURT İÇİ ACİL YARDIM HİZMETİ :

Yurtiçi acil yardım hizmetleri Groupama Sigorta tarafından tayin edilen asistans hizmeti veren şirket tarafından yürütülmektedir.

COĞRAFİ KAPSAM

Hizmetler, Türkiye sınırları içinde geçerlidir.

HİZMETLER

A) TIBBİ HİZMETLER

1. Tıbbi Bilgi ve Danışmanlık

Acil olan veya olmayan her türlü sağlık problemi ile ilgili olarak sigortalıya karşılaştığı sağlık problemi konusunda bilgi verilir. Doktor, uzman doktor, diş hekimi, hastane, teşhis merkezleri, eczane isimleri, adresleri ve telefon numaraları bildirilir. Karşılaşılan sağlık problemi konusunda alınması gereken önlemler ile ilgili tavsiyede bulunulur ancak tanı konmaz, ilaç önerilmez.

2. Tıbbi Nakil

Hastaneye Nakil

Asistans Şirketi, sigortalının hayatını tehdit eden bedeni yaralanma ve ciddi hastalık gibi acil durumlarda sigortalının, en yakın donanımlı hastaneye veya sağlık kurumuna kara ambulansı ile naklini sağlayacaktır.

Bir Hastaneden Diğerine Nakil

Gerektiğinde, sigortalının asistans şirketinin belirleyeceği bir araçla (kara ambulansı) bedensel zarar ya da hastalığa özel daha uygun ekipmanlı bir hastaneye, gereken gözetim altında doğrudan nakli sağlanır. Bir tıbbi merkezden diğer tıbbi merkeze nakil, ancak, bulunulan tıbbi merkezde hastaya yapılacak tedavi için gerekli donanım ve tıbbi ekip yoksa sağlanacaktır. Naklin yapılabilmesi için, tedavi eden doktorun düzenleyeceği tıbbi rapor gerekmektedir.

Eve / İkamet Yakınındaki Hastaneye Nakil

Tedavinin bitiminde, sigortalının asistans şirketinin belirleyeceği bir araçla, daimi ikametgah iline ya da ikameti yakınındaki uygun hastaneye veya sağlık merkezine, gereken gözetim altında, doğrudan nakli sağlanır.

Asistans Şirketinin medikal ekibi ve tedavi eden hekim, Lehdarın sağlık durumunun, sıradan bir yolcu gibi nakline müsait olup olmadığını ya da başka ilave düzenlemelerin gerekli olup olmadığını; bedensel zarar ya da hastalığa uygun nakil aracını (kara ambulansı) tedavi eden doktorun yazılı raporu doğrultusunda belirleyeceklerdir

3. Gerekli İlaçların Sevki

Seyahat esnasında, (tıbbi gerekliliği asistans şirketinin medikal ekibi tarafından onaylanan) eşdeğeri bulunamayan reçete edilmiş ilaçlar temin edilir, masrafı Lehdar tarafından karşılanır. Nakliye ücreti 10 kg.'a kadar ödenir.

4. Hastaneden Taburcu Oluşu Takiben Otelde Konaklama

Sigortalının Türkiye sınırları içerisinde ikamet etmiş olduğu il dışında bir hastanede yatışını takiben, tedavi eden doktoru ve asistans şirketinin medikal ekibi tarafından gerekli görülmesi durumunda, sigortalının uygun bir otelde konaklaması azami birbirini izleyen 5 gece ve gecelik azami 100 USD'la sınırlı olmak üzere ödenir.

5. Refakatçi Nakli

Sigortalının, 7 günden fazla hastanede kalması durumunda, bildireceği bir yakınının hastaya refakat edebilmesi için ulaşım gideri ödenir.

Yurtiçi için gidiş-dönüş otobüs bileti veya 500 Km'yi aşan mesafeler için gidiş dönüş ekonomi sınıfı uçak bileti sağlanır.

6. Refakatçi Yakınının Konaklama Giderleri

Sigortalının hastanede 7 günden fazla kalmasının gerektiği durumlarda, bir yakın akrabasının konaklama masrafları oda/kahvaltı olmak üzere azami 4* otelde veya refakat edilen hastanede azami birbirini izleyen 7 gece olmak kaydıyla konaklama masrafları ödenir.

Refakatçiye, hastanenin bulunduğu bölgede 4 yıldızlı otel yok veya 4 yıldızlı otellerde yer müsait değil ise, 3 yıldızlı bir otel temin edilecektir. otel asistans şirket tarafından belirlenir.

7. Refakat Edilemeyen Çocukların Dönüşü

Sigortalının tıbbi bakımı esnasında seyahat sırasında yanında bulunan, 15 yaş ve altındaki çocukların (varsa mevcut biletleri de kullanılarak) ikametgaha refakatçi eşliğinde geri dönüşleri ödenir.

Yurtiçi için gidiş-dönüş otobüs bileti veya 500 Km'yi aşan mesafeler için gidiş dönüş ekonomi sınıfı uçak bileti sağlanır.

8. Tedavi Sonrası İkametgaha Geri Dönüşün Sağlanması

Daimi ikametgah ilinin dışındaki tedavisinin bitiminde sigortalının daimi ikametgahına nakli sağlanacak ve ilgili giderleri karşılanacaktır.

Asistans şirketinin medikal ekibi ve tedavi eden hekim, Lehdarın sağlık durumunun, sıradan bir yolcu gibi nakline müsait olup olmadığını ya da başka ilave düzenlemelerin gerekli olup olmadığını; bedensel zarar ya da hastalığa uygun nakil aracını (kara ambulansı) tedavi eden doktorun yazılı raporu doğrultusunda belirleyeceklerdir.

9. Sigortalının Cenazesinin Tıbbi Şartlara Uygun Nakli

Sigortalının daimi ikametgah ilinin dışında vefat etmesi durumunda asistans şirketi, cenazenin Türkiye sınırları içerisindeki defin yerine naklinin organizasyonu için tüm gerekli tedbirleri alır.

Cenaze töreni ve defin masrafları kapsam dışıdır.

10. Sigortalının Vefatı Halinde Aile Fertlerinin Dönüşü

Sigortalının daimi ikametgah ilinin dışında vefat etmesi durumunda, ailesinin önceden öngörülmuş imkanlar ile eve dönüşü imkansız ise, var ise mevcut biletlerini de kullanmak suretiyle asistans şirket, bu kişilerin daimi ikametgahlarına dönüşlerini düzenler ve masrafları karşılar.

11. Daimi İkametgaha Öngörülme Dönüş (Yakının Vefatı Durumunda)

Sigortalının, ikametgahındaki akrabasının vefatı nedeniyle daimi ikametgah adresine acilen dönmesi gerekiyor ise, asistans şirket sigortalının geri dönüşünü organize eder ve ulaşım masraflarını öder. *Yurtiçi için gidiş-dönüş otobüs bileti veya 500 Km'yi aşan mesafeler için gidiş dönüş ekonomi sınıfı uçak bileti sağlanır.*

* *Geri dönüş sonrasında Lehdar vefatı resmi bir evrak ile belgelendirmelidir.*

12. Sigortalının Yakınının Sağlık Durumunun İzlenmesi

Sigortalının bir yakınının bedeni zarar veya hastalığı durumunda, yakınının sağlık durumu asistans şirketin medikal ekibi tarafından takip edilir ve durumundaki değişiklikler sigortalıya bildirilir

13. Acil Mesajların İletilmesi

Asistans şirket kendi müdahale ettiği vakalarda, istenir ise sigortalının ikamet ettiği yerdeki arkadaşları, iş çevresi ve akrabalarıyla karşılıklı olarak acil mesaj alışverişinde bulunmasını sağlar.

YURTIÇİ ACİL YARDIM HİZMETİ GENEL İSTİSNALARI

1- Sigortalının, asistans şirketinin ön izni olmadan Kara Ambulansı dışında doğrudan doğruya kendisinin ödediği masrafları geri alma hakkı olmayacaktır. Kara Ambulansına ait faturalar ilgili teminat limitleri dahilinde ödenecektir.

2- Aşağıdaki nedenlerden ileri gelen hasarlar kapsam dışıdır :

a) Savaş, istila, yabancı düşman hareketi, çatışma (savaş ilan edilmiş olsun olmasın), iç savaş, isyan, ayaklanma, terörist-askeri-inzibati güçler, halk hareketleri.

b) Kasten kendini yaralama veya Lehdarın bir suça iştiraki.

- c) Lehdarın her türlü araba yarışına ya da gösterilerine yarışmacı olarak iştirak ettiği sırada oluşan hasarlar.
- d) Lehdarın meşru müdafaa hariç herhangi bir kavga / dövüşe karışması nedeniyle hasar.
- e) Profesyonel olarak ya da resmi bir yarışma veya gösteri için eğitici sıfatıyla spor yapılması nedeniyle hasar.
- f) Herhangi bir nükleer yakıttan ileri gelen ionizasyon radyasyonları ya da radyoaktif bulaşmanın veya herhangi bir patlayıcı nükleer bileşim veya nükleer bileşenin radyoaktif, zehirleyici ve diğer tehlikeli özelliklerinden doğrudan ya da dolaylı olarak ileri gelen veya bunların yol açtığı hasar.
- g) Alkol zehirlenmesi veya (ehliyetli bir hekimin talimatı ve reçetesi doğrultusunda tedavi amacıyla alınanlar hariç) ilaç / uyuşturucu zehirlenmesinin etkisi altında iken ya da bu etkiden ileri gelen tam veya kısmi iş görememezlik durumu nedeniyle hasar.
- 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) Akıl hastalığı veya kişilik kaybına bağlı olarak kendisine, üçüncü kişilere ve çevresine zarar verdiği olaylar.

SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Acil bir durumda sigortalı Groupama Sigorta'nın İstanbul merkezini 24 saat boyunca, kendisine verilmiş olan 0 850 250 50 50 numaralı telefondan "0"ı tuşlayarak herhangi bir şahsi girişimde bulunmadan önce arayarak :

- Adını ve Soyadını, poliçesinin başlangıç ve bitiş tarihlerini,
- Kendisine ulaşılabilir yer ve telefon numarasını,
- Karşılaştığı problemi ve istenen yardımın türünü bildirmelidir.

TIBBİ NAKİL

Eğer Lehdar tıbbi nakil için başvuruyorsa şunları temin etmelidir :

- i) Assistans şirketinin bir an önce devreye girebilmesi için, kendisi ya da yükümlü olduğu kişinin:
- ✓ Kaldırıldığı hastanenin adı, adresi ve telefon numarası.
 - ✓ Tedavi eden doktorun ve varsa aile doktorunun adres ve telefon numarası.
- ii) Assistans şirketinin medikal ekibi veya temsilcileri Lehdarın durumunu tesbit edebilmek için onun yanına serbestçe girebileceklerdir. Şayet bu yükümlülük yerine getirilmezse ve haklı bir itiraz olması hariç, Lehdar tıbbi yardıma hak kazanmayacaktır.
- iii) Herhalükarda assistans şirketi tedaviyi üstlenen doktor ile mutabık kalarak nakil tarih ve aracını tayin edecektir.
- iv) Hastanede yatmayı gerektiren bedeni zarar/yaralanma durumunda Lehdar veya onun adına hareket eden kişi olayın vuku tarihinden itibaren 48 saat içinde assistans şirketini haberdar edecektir. Bu haberin verilmemesi halinde, assistans şirketi ortaya çıkacak masrafları Lehdara ödememe hakkına sahip olacaktır.

GENEL HÜKÜMLER

i) Sınırlama

Bir hasar sonucunda oluşan talep ortaya çıktığında, Lehdar bu hasarı sınırlamak yada durdurmak için çaba sarfetmek durumundadır. Kapsam dışında yapılan tüm masraflar ve Lehdar adına ödenen bedeller, Lehdarın önceden onayı alınması koşulu ile kendisinden tahsil edilir. Sigortalının onay vermediği durumlarda, asistans şirketi sigortalının talebi üzerine meydana gelen hasarı asistans limitleri dahilinde karşılamakla yükümlüdür.

ii) İstirdat (Geri Alım)

Lehdar asistans şirketinin ilgili kaynaklardan gerekli ödemeleri geri alabilmesi için asistans şirketine her türlü belgeyi sağlayacak ve formaliteleri yerine getirecektir.

KEFALETİN TESLİMİ

Sigortalı lehine kefalet ödenecek ise, ödenecek tutar karşılığında sigortalının borç senedi imzalama zorunluluğu bulunmaktadır. Borç senedi lehdarın akrabası tarafından da imzalanabilir.

DİĞER HUSUSLAR www.groupama.com.tr adresinden poliçe şartlarının tamamına ulaşabilirsiniz.

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

TEMİNAT KAPSAMI Madde 1

İşbu sigorta, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve / veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder.

TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER Madde 2

Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve / veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

- a-** Harp ve harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar, **b-** Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c-** Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarma hali müstesna, sigortalının kendisini bilerek ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- d-** Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- e-** Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- f-** 3713 sayılı Terör Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve / veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar
- g-** Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile **h-** Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

AKSİNE SÖZLEŞME YOKSA TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER Madde 3

Aksine sözleşme yoksa, aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve / veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır.

- a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması
- b) 2.maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI Madde 4

Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

SİGORTANIN BAŞLANGICI VE SONU Madde 5

Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin 12:00'de başlar ve öğleyin saat 12:00'de sona erer.

SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME YAPILIRKEN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ Madde

6

Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir.

Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlarından kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin / sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarda yapmasını gerektirecek hallerde,

a- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez.

Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır. **b-** Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren 1 ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren / sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur.

Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğü tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12:00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir. **c-** Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer. **d-** Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

- 1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,
- 2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,
- 3- Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse,

Sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

SİGORTA SÜRESİ İÇİNDE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ Madde 7

Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür. Sigortacı, değişikliği öğrendiği tarihten itibaren, bu değişiklik, sözleşmeyi yapmamasına veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiriyorsa, 8 gün içinde;

- 1- Sözleşmeyi fesheder veya,
- 2- Prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren istenen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur.

Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğü tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12:00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

Değişikliği öğrenen sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta sözleşmesinin aynen devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa, fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

SİGORTA PRİMİNİN ÖDENMESİ, SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI VE SİGORTA ETTİRENİN TEMERRÜDÜ Madde 8

Sigorta priminin tamamının, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin tesliminin karşılığında ödenmesi gerekir. Aksi kararlaştırılmadıkça, prim

veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu husus poliçenin ön yüzüne yazılır. Sigorta ettiren kimse sigorta primini ve primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatı, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde sigorta sözleşmesi hiçbir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur. Prim ödenmemiş olmasına rağmen poliçenin teslimi ile sigortacının mesuliyetinin başlayacağını kararlaştırılacağı hallerde, bu bir aylık sürenin ilk on beş gününde sigortacının sorumluluğu devam eder.

Primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde taksitlerin kesin ödeme zamanı, miktarı ve vadesinde ödenmemesinin sonuçları poliçe üzerine yazılır veya poliçe ile birlikte yazılı olarak sigorta ettirene bildirilir.

Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır.

Poliçenin önyüzüne yazılması kaydıyla rizikonun gerçekleşmesi ile henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir. Bu madde uyarınca sigorta sözleşmesinin feshedilmiş sayıldığı hallerde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ Madde

9

A- Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

- Sigorta ettiren / sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.
- Sigorta ettiren/sigortalı söz konusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimlerden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

B- Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

Kaza veya hastalığı müteakip derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır.

Sigortacı her zaman kazazedeği veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkına haiz olup bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur.

Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır. Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında belirtilen yükümlülükler; **a-** Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

b- Kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz.

c- Gerekli belgelerin teslimi

Sigorta ettiren veya sigortalı kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını veya asıllarından şüpheyi davet etmeyecek suretlerini tedaviyi yapan hekim veya hastanece doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

MASRAFLARIN TESPİTİ:

Madde 10

İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder.

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz:

a- İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler **b-** Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tespit edilir.

a- İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakembilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tespit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakembilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda, anlaşamadıkları sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir.

Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

b- Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem bilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakem- bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişileri üçüncü hakem bilirkişinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf hakem hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.

c- Her iki taraf üçüncü hakem-bilirkişisini bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir. **d-** Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tespit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdiremez.

İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

e- Hakem-bilirkişiler masraf miktarının tespiti bakımından gerekli göreceklere delilleri, kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

f- Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacı dava edilemez.

Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumundan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

g- Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşamadıkça alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. Maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun. **h-** Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.

ı- Masraf miktarının tespiti teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

TAZMİNATIN SONUÇLARI VE SİĞORTACININ HALEFİYET HAKKI Madde 11

Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısıyla sorumlu üçüncü kişilere karşı ödediği tutar kadar sigortalının yerine geçer.

MÜŞTEREK SİĞORTA Madde 12

Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

SIRLARIN SAKLI TUTULMASI Madde 13

Sigortacı sigorta ettiren/sigortalı hakkında öğrenebileceği sırların saklı tutulmasından doğacak zararlardan sorumludur.

TEBLİĞ VE İHBARLAR Madde 14

Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığı ile veya yazılı olarak yapılır.

Sigorta şirketinin ihbar ve tebliğleri de sigorta ettirenin poliçede gösterilen adresine bu adreslerin değişmiş olması halinde ise sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye bildirilen son adresine aynı suretle yapılır.

YETKİLİ MAHKEME Madde 15

Bu poliçeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu veya hasarın ortaya çıktığı sigorta şirketi tarafından açılacak davalarda ise, davalının ikametgahının bulunduğu yerin ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemesidir.

ZAMAN AŞIMI Madde 16

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

ÖZEL ŞARTLAR Madde 17

Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klozlara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir