

AGESA TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta ile, AgeSA Hayat ve Emeklilik A.Ş. (bundan sonra “Sigortacı” olarak anılacaktır), Sigortalı’nın sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarına ait sigorta süresi içinde gerçekleşen;

- Sosyal Güvenlik Kurumu (“SGK”), 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve buna ilişkin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında, sigortacının bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya sağlık kurumlarında alınan sağlık hizmetleri ile ilgili ilave ücret tutarlarını,
- Sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinde kalan tutarlarını,
- Otelcilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarları ve işbu özel şartlarla sınırlı olmak koşuluyla SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedellerini Sağlık Sigortası Genel Şartları (“Genel Şartlar”), Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (“Yönetmelik”) ve işbu Özel Şartlara (“Özel Şartlar”) uygun olarak teminat altına alır. Bu sigorta sözleşmesi sadece SGK tarafından kapsam altına alınmış ve GSS hak sahipliği olan kişiler için geçerli olup GSS hak sahipliğini kaybeden kişiler, poliçesi yürürlükte olsa dahi GSS hak sahipliği aktif olmadığı sürece poliçe teminatlarından faydalanamazlar.

Poliçe kapsamında yer alan teminatlar, sadece poliçede sigortalı olarak belirtilen kişiler için ayrı ayrı geçerli olup poliçede sigortalı olarak yer almayan kişiler sigorta teminat kapsamından yararlanamazlar.

2. TANIMLAR

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE KURUM TANIMLARI

Acil Durum: Ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve geciktirilmesi mümkün olmayacak tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan sağlık durumlarıdır.

Sağlık Kurumu: Sağlık Bakanlığı’nca yasal mevzuata uygun olarak çalışma ruhsatı ile faaliyet gösteren, tıbbi bakım ve tedavi hizmeti veren hastane, klinik, poliklinik, muayenehane, teşhis ve tedavi merkezleri ifade eder.

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

Anlaşmalı Sağlık Kurumları: Sigortacı ile Sağlık Kurumu (GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan) arasında yapılan anlaşmalı kurum sözleşmesi kapsamında ve Sigortacı tarafından sigorta sözleşmesi ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş olan sağlık kurumlarını, Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmalı kurum sözleşme şartlarını kabul ederek, anlaşmalı sağlık kurumunun faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren Kadrolu Doktorları (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) kapsamaktadır.

Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı (Network): Sigortalı tarafından tercih edilen poliçede Sigortalının yer verilmesine uygun gördüğü anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

Anlaşmasız Sağlık Kurumları: Sigortacı ile arasında bir anlaşmalı kurum sözleşmesi bulunmayan, SGK ile anlaşması olup Sigortacı ile anlaşması olmayan sağlık kurumlarını, Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmalı kurum sözleşme şartlarını kabul etmeyen ve kendi faturasını düzenleyen doktorları ifade eder.

Teminat Dışı Kalan Kurumlar: Sigortalının sağlık giderlerinin teminatları gereği kapsam dahilinde olmasına rağmen, geri ödeme alamayacağı kurum ve/veya hekimleri ifade eder.

Katılım Payı: Sigortalının almış olduğu sağlık hizmeti ile ilgili olarak poliçe şartları ve limitler dahilinde üstlendiği oranı ifade eder.

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

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

Referans Doktor: Poliçe kapsamında değerlendirilecek sağlık giderlerinin tıbbi gerekliliğine dair uzman görüşü alınan ve Sigortacı tarafından belirlenen anlaşmalı doktordur.

2.2. SİGORTA VE TEMİNAT TANIMLARI

Sigorta Ettiren: Sigorta Ettiren, sigorta sözleşmesinin tarafı olan ve prim ödemek dahil sigorta sözleşmesinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirme sorumluluğunu taşıyan kişidir.

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

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

Bireysel (Ferdi) Sağlık Sigortası: Bireyin tek başına veya eş ve çocuklarından oluşan ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

Poliçe: Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı ve Sigortacı'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve yükümlülüklerini gösteren bir belgedir.

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

Genel Şartlar: Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu tarafından belirlenen Sağlık Sigortası Genel Esasları'dır. Genel Şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır

İlk Sigortalanma Tarihi: Sigortalının özel sağlık sigortası kapsamına ilk giriş yaptığı ve Sigortacı tarafından kabul edilen kesintisiz ilk sigortalanma tarihini ifade eder.

İstisna: Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/rahatsızlıkların) Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucunda poliçe kapsamı dışında bırakılması, ek prim, yıllık hastalık limiti, ek katılım payı vb. gibi uygulamalarının genel adıdır.

Kaza: Sigortalının doğal oluşan şartlardan veya herhangi bir hastalıktan kaynaklanmayan, ani ve dışarıdan gelen bir olaydan dolayı iradesi dışında meydana gelen olaylarla karşı karşıya kalmasıdır.

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

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

Kazanılmış Haklar: Bu sigorta poliçesi ile kazanılmış haklar, İlk Sigortalanma Tarihi ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi haklarını ifade eder.

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

Kabul Edilebilir Sağlık Gideri: Poliçe Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak, sağlık gideri olarak gönderilen toplam fatura tutarından varsa kapsam dışı giderler çıkarıldıktan sonra, onaylanan toplam tutardır. Onaylanan toplam tutara, varsa sigortalı katılım payı ve muafiyet tutarı da dâhildir.

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

Medikal Ek Prim: Poliçe 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, poliçe kapsamına alınmasıdır.

Zeyil: Poliçe yürürlüğe girdikten sonra yapılan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen son durumu gösterir sigorta poliçesi ekidir.

2.3. PROVİZYON VE ÖDEME TANIMLARI

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

Provizyon Ön Onay: Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında yapılacak sağlık giderleri için;

- Teminat tablosunda belirtilen limit, katılım payı ve muafiyet doğrultusunda,
- Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme kapsamında, doğrudan Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağını gösteren ön onayı ifade etmektedir.

Sigortacı'nın ödemeye ilişkin Provizyon Ön Onayı vermiş olması, sonradan tespit edilen beyan eksikliği nedeniyle Sigortacı'nın haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

Provizyon Şartlı Onay: Sonuçlanan Provizyon Ön Onayı son onay olmakla birlikte, Sigortacı onay konusu teşhis ve tedavi işleminin yapılması sırasında/sonrasında buna ilişkin sağlık giderlerini yeniden değerlendirebilir. Sigortacı, tıbbi kayıtlar üzerinden ek değerlendirme yaparak gerek teminat gerekse ödeme bakımından farklı bir şekilde karar verebilir. Sigortacı'nın mevcut hastalık/rahatsızlıklara ait giderleri, sigortalı lehine işlem kolaylığı sağlamak için provizyon aşamasında kabul etmiş olması, teminat ve tazminat

olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. Yapılacak değerlendirme sonucunda ön onaya konu işlem ve sağlık giderinin teminat kapsamı dışında olduğuna karar verilerek, nihai onay verilmezse, tedavi giderleri Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından karşılanır.

Provizyon Rakam Onay: Provizyon Ön Onayı verilen sağlık giderlerinin değerlendirilmesi sonucunda ödeme kararı verilmesi halinde, nihai karar doğrultusunda Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağını gösteren onayını ifade etmektedir.

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

SGK Katılım Payı: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda öngörülen ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutarı ifade eder.

2.4. TIBBİ KAVRAMLAR VE UYGULAMA TANIMLARI

Mevcut Rahatsızlık ve/veya Hastalık: Sigorta sözleşmesinin yapılması için sağlık beyan ve başvuru formunda sorulmuş olmasına rağmen veya sorulmamış olsa dahi Sigortacı'ya beyan edilmeyen, belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlardır.

Deneysel veya Araştırma Amaçlı İşlem: Hastalığın tanı ve tedavisinde;

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

Genel Sağlık Sigortası (GSS): 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98. maddesine dayanılarak hazırlanan ve bu kanunun 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan

sağlık sigortası sistemidir.

Sağlık Uygulama Tebliği (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.

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

Triyaj Uygulaması: Hasta ve yaralıların acil serviste görülme zaman ve sırasının, müdahale ile muayene aciliyetinin ve niteliklerinin belirlendiği kısa bir klinik değerlendirme işlemidir.

Triyajda hastanın klinik durumunu ve tedavi önceliğini belirtmekte kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

- **Kırmızı Alan:** En yüksek öncelik sırasına sahiptir. Tedavi edilebilir, hayatı tehdit eden yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer. Bu nitelikteki hastalara zaman kaybetmeden acil müdahale gerekir.
- **Sarı Alan:** Zaman geçirilmeden müdahale ve muayenelerinin yapılması gereken, ciddi fakat hayatı tehdit etmeyen yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer.
- **Yeşil Alan:** En düşük önceliğe sahiptir. Acil müdahale gereksinimi olmayıp; bekleyebilecek, muayene ve tedavileri poliklinik şartlarında da yapılabilecek kişiler bu gruba girer.

3. TEMİNATLAR

Aşağıda yer alan teminat grubu veya teminatlardan birisi veya bir kısmı veya tamamı, Poliçe ve teminat tablosu üzerinde açıkça yazılması ve priminin ödenmesi karşılığında GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki hüküm ve şartlar çerçevesinde verilir. Bu maddede teminat grupları ile ilgili bilgi verilmiş olup, teminatlara ilişkin detaylı açıklamalar 7. Maddede bulunmaktadır.

3.1. Yatarak Tedavi Teminat Grubu

Bu teminat grubu ile, Sigortalı'nın, ameliyat ve hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış tarihleri arasındaki doktor, ameliyathane, oda yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır), tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığın komplikasyonlarının tedavisi için tıbbi gerekliliği bulunan tıbbi hizmetlere ait giderleri ile yoğun bakım giderleri işbu Özel Şartlar'da tanımlı Teminat Uygulama Usûl ve Esasları uyarınca karşılanır. Yatarak Tedavi Teminat Grubu aşağıdaki teminatları içermektedir. Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan'a giren vakalara ait giderler de bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir.

- Cerrahi Yatış
- Dahili Yatış
- Küçük Müdahale
- Evde Tıbbi Bakım
- Suni Uzuv
- Ambulans
- Yardımcı Tıbbi Malzemeler

3.2. Ayakta Tedavi Teminat Grubu

Bu teminat grubu ile, tanı işlemleri, teşhis ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, sağlık kurumlarında yapılan işlemleri kapsar. Ayakta Tedavi Teminat Grubu aşağıdaki teminatları içermektedir.

- Tamamlayıcı Ayakta
- Fizik Tedavi

3.3. Annelik Teminatı

Hamilelik sürecinin başlangıcından doğum sonrasına kadar gebelik sürecindeki rutin kontroller ile ilgili tahlil ve tetkikleri, normal ve sezaryen doğumu, doğum sonrası hastanede yatış masraflarını kapsayan işlemleri ifade eder. Annelik Teminatı Grubu aşağıdaki teminatları içermektedir.

- Doğum

- Rutin Kontroller

3.4. Ek Teminatlar

- Check-up Teminatı

Kişinin genel sağlık durumunu değerlendirmek ve oluşan sağlık problemlerini ortaya çıkarabilmek amacıyla içeriği sigortacı tarafından belirlenen kontrol amaçlı muayene ve test işlemlerinden oluşan bir check-up hizmeti verilmektedir. Ürüne özel olarak belirlenmiş anlaşmalı hizmet ağı içerisinde yer alan kuruluşlarda poliçede belirtilen içerik dahilindeki “Check-up Paketi” yılda 1 defaya mahsus olmak üzere ücretsiz teminat kapsamındadır.

4. BEKLEME SÜRESİ

İlk sigortalanma tarihinden sonra ortaya çıkan ve yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler ile ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler, ilk sigortalanma tarihinden başlamak üzere 3 aylık bekleme süresi boyunca teminat kapsamı dışındadır. Annelik teminatı bulunan bir poliçede, poliçe kapsamında yer alan doğum ve rutin kontrollere ait tüm giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dahil edilmesinden itibaren en az 12 ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Yenileme döneminde; annelik teminatına ara verilmesi ve poliçeye söz konusu teminatın tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlar.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler için bekleme süresi uygulanmayacaktır.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartları’nda belirtilen teminat dışı hallere ek olarak, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak her türlü sağlık gideri de teminat kapsamı dışındadır. Sigorta şirketi, yeni tedavi yöntemleri ve teknolojik gelişmeleri, bunların hayati önem taşıyıp taşımadığını ve geleneksel yöntemlere üstünlük sağlayıp sağlamadığına bağlı olarak teminat dışı kalan hallerde düzenlemeler yapabilir.

Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

- 5.1.** Sigortalı olunmadan önce var olan hamilelikler, sigortalının sigortacıya başvuru aşamasında bildirmiş olsa dahi poliçe başlangıç tarihinden önce geçirilmiş olan tedavi ve operasyonların nüks ve komplikasyonlarına (insizyonel herni, adhezyolizis, nüksler, implant çıkartılması vb.) ait harcamalar ve şikayetlerin başlangıcı ya da gelişim süreci açısından sigorta başlangıç tarihinden öncesine dayalı rahatsızlıklar ve bunlara bağlı tüm giderler,
- 5.2.** Poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı almış olsa dahi konjenital olduğu kabul edilen (doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformiteler) ile ilgili tetkik, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,
- 5.3.** Skolyoz, Kifoz vb. her türlü omurga eğrilikleri, Halluks Valgus ile ilgili tetkik ve tedaviler,
- 5.4.** HIV virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm giderler, AIDS ve komplikasyonları,
- 5.5.** Her tür nedenle sünnet ve fimosiz tedavisi,
- 5.6.** Penil protez, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili muayene, tetkik ve tedavi giderleri, cinsiyet değiştirme ile ilgili giderler ve bunların komplikasyonları,
- 5.7.** Düşük nedenlerinin araştırılması, infertilite (kısırlık) teşhis ve tedavisi (ovülasyon takibi, infertilite amaçlı yapıldığı belirlenen HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.), İsteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait (ilaç dahil) giderler, infertilite (kısırlık) kaynaklı yapıldığı tespit edilen varikozel cerrahileri, yalancı gebelik ile ilgili giderler,
- 5.8.** Demansiyel sendromlar (alzheimer hastalığı ve bunamalar), psikiyatrik, geriatric hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili tüm giderler, psikiyatrik ilaçlar vb. tetkikler, her ne nedenle yapılırsa yapılsın ses ve konuşma terapileri,
- 5.9.** Estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar, kozmetik ve estetik tedaviler, mezoterapi, anti-aging merkezlerinde yapılan tüm işlemler, ksantelezma, göz kapağı ve çevresi estetiği ile ilgili her türlü gider, kozmetik amaçlı uygulanan her türlü botoks, hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili tedavi giderleri, aksesuar meme ile ilgili tedavi giderleri,
- 5.10.** Estetik ve güzellik merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
- 5.11.** Kilo kontrol bozuklukları (obezite, aşırı zayıflık vb.) ile ilgili her türlü muayene, tetkik ve tedavi giderleri, obezite ve diyabet vb. amacıyla yapılan her türlü bariyatrik cerrahiler ve bu uygulamaların her türlü komplikasyonları,
- 5.12.** Organ ve kan naklinde verici giderleri, organ ücreti ve organın ulaştırılması masrafları,
- 5.13.** Şaşılık, görme tembelliği ve gözde kırma kusuru ile ilgili cerrahi giderler, gözlük camı ve çerçevesi, kontak lensler ve solüsyonları, katarakt cerrahisi esnasında kullanılan kırılma

kusurunu tedavi edici özelliği bulunan trifocal - multifocal intraoküler (göz içi) lensler dahil,
5.14. Poliçe kapsamında geçirilen bir kaza veya yanma sonucu olmadığı takdirde estetik ve rekonstrüktif cerrahi, jinekomasti tetkik ve tedavileri, meme küçültme ve büyütme ameliyatları,

5.15. Genetik hastalıklar, genetik kusurlar ve genetik incelemeler,

5.16. Alerji aşıları ve alerjik hastalıkların klasifikasyon testleri,

5.17. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı veya ruhsatsız her türlü farmasötik ürünler (ilaç) ve her türlü aşı ile bunların uygulanmasına ilişkin her türlü gider,

5.18. Horlama ve uyku apne sendromu, septum deviasyonu, konka hipertrofisi, nazal valv hastalıklarına ait tüm giderler,

5.19. Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner CT Anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi), sanal anjiyo, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,

5.20. Kordon kanı ve kök hücre alınması, nakli ve işlenmesi ile ilgili tüm giderler,

5.21. Tıbbi ve yardımcı tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli (robotik cerrahi için robot kullanımı-kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler,

5.22. Doktor ve Sağlık Kurumu tanımına uymayan kişi ve/veya kurumlar tarafından düzenlenen her türlü fatura ile kaplıca kürleri, çamur banyoları, şifa kürleri, masaj, jimnastik salonları ve zayıflama merkezleriyle ilgili giderler, çocuk bakımı, çocuk maması, bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili sıhhi ve tüketim malzemeleri, alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan (tedavi amaçlı kullanılan medikal şampuanlar hariç), saç solüsyonu, diş macunu, tatlandırıcı, kozmetik ürünler, genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, termometre ve vücut ısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcı battaniye,

5.23. Telefon, kafeterya harcamaları, kuaför ve bakım hizmetleri, suit oda farkı, Sigortacı tarafından onaylanmış Evde Bakım Teminatı dışındaki özel hemşire masrafları vb. sağlık hizmeti ile doğrudan ilişkisi olmayan giderler,

5.24. Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve hastalıklar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen Sigortalı'nın hastalık, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

5.25. Poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilmiş limit üzerinde kalan tutarlar,

5.26. Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen işlemlerde ve/veya SGK ile anlaşmalı

olmayan sağlık kurumlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında/doktorlarda ve/veya SGK ile anlaşmalı olmayan doktorlar tarafından verilen hizmetlere ait her türlü giderler,

5.27. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur ve PRP (Platelet Rich Plasma - Trombositten Zengin Plazma) gibi alternatif tıp uygulamaları ve her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,

5.28. Hiçbir semptoma bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol ve tarama amaçlı yapılan checkup kapsamındaki işlemler,

5.29. İşbu Özel Şartlar'da tanımlanmış olsun veya olmasın, teminat tablosunda yer almayan herhangi bir teminat kapsamına giren sağlık giderleri veya işlemler,

5.30. Lisanslı sporcuların profesyonel veya amatör olarak yapılan her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılımları sırasında meydana gelecek sakatlanma ve yaralanmalar,

5.31. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşülle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi) ile ilgili her türlü gider,

5.32. Sigortalı'nın kullandığı araca uygun ehliyetinin olmadığı ve/veya ilgili yönetmelik ve kanunlara uygun olmayan bir şekilde motorlu ya da elektrikli araç kullandığı durumlarda gerçekleşen kazaların gerektirdiği tedavi masrafları,

5.33. Sigortalının hastalık ve/veya rahatsızlık sonucu çalışamaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,

5.34. Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası,

5.35. Sigortacı tarafından teminat kapsamında değerlendirilerek kabul edilen ambulans hariç her türlü ulaşım gideri,

5.36. GSS hak sahipliği aktif olmayan sigortalılara ait tüm giderler, sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları SGK Katılım Payı, GSS'nin aktif olmadığı tarih aralığında meydana gelen rahatsızlık ve sağlık harcamaları,

5.37. Prematürite ve Düşük Doğum Ağırlığı ile ilgili sağlık giderleri,

5.38. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina,

5.39. Hastalığın tanı ve tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli ve yabancı otoriteler (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), tıp fakülteleri, ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı, uzmanlık dernekleri vb.) tarafından kabul görmüş olmayan, tıbbi cemiyet veya

otoritelerin yapılacak işlemin deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem için bir başka kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen tetkik, tedavi, ilaç ve malzemeler,

5.40. Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) yer almayan işlemler,

5.41. Uzaktan Sağlık Hizmeti (Tele tıp, online verilen hizmetler) kapsamında Sigortacı tarafından bu hizmetler için belirlenen kurumlar dışında gerçekleşen giderler,

5.42. Anlaşmasız Kurumlarda gerçekleşen, "Sağlık Uygulama Tebliği, Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri'" maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri,

5.43. Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen rutin kontrol, teşhis yöntemleri ve tetkikler.

5.44. AgeSA Hayat ve Emeklilik A.Ş.'ye ait <https://www.agesa.com.tr/> adresli web sayfasında "Online İşlemler" adımı altında bulunan 'Anlaşmalı Kurumlar Listesi'nde yer almayan kurumlara ve doktorlara ait her türlü gider.

5.45. Yeşil Alan uygulaması dahil ayakta tedaviler kapsamında her türlü ilaç

Sigortacı, aşağıdaki durumlarda hayati öneme sahip olup olmaması ve alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasını gözeterek kapsama alıp almamaya yönelik "Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında düzenlemeler yapabilir.

- Uygulamaya alınan yeni nesil tedavi yöntemleri
- Uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamalar

Bu durumda yapılacak değişiklikler, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı olsun olmasın poliçede bulunan her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Bu sigorta, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) yurtdışı olarak değerlendirilecektir.

7. TEMİNAT AÇIKLAMALARI

7.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU

İşbu Yatarak Tedavi Teminatı Grubu aşağıda belirtilen teminatlar için güvence sağlar. Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat

kapsamında değerlendirilir.

Tetkik amaçlı yatışlar, yatarak tedavi teminatı kapsamı dışındadır. Sigorta süresinin sona ermesi ve poliçenin yenilenmemesi durumunda, sona erme tarihinden önce Sigortacı'ya bildirilen ve Sigortacı tarafından kabul edilen hastalık ve/veya rahatsızlıklar için, aşağıdaki şartlar altında teminat devam eder.

- Sağlık kurumunda yatışın sigorta süresi sonrasında da devam etmesi durumunda, teminat tablosu ve işbu Özel Şartlar'a tabi olmak şartıyla,
- Hastanede yatarak tedavi gören sigortalı için işbu teminat, anılan yatış ve ilişkin olduğu hastalık ve/veya rahatsızlığın tedavisinin sonuna kadar devam eder.
- Ancak bu süre, hiçbir şekilde poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

7.1.1. Cerrahi Yatış

Cerrahi ve ortopedik müdahalelere ilişkin sağlık giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Tedavinin ameliyat gerektirmesi durumunda; Ameliyat öncesi anestezi doktorunun istemiş olduğu rutin pre-op tetkikler, ameliyathane kirası, operatör, anestezi uzmanı ve asistan doktor ücretleri, oda, yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır) giderleri, anestezi ilaç ve sarf malzemelerine ilişkin giderler, yatış süresince yatış gerekliliğine konu rahatsızlıklar ile ilgili takip ve konsültasyon giderleri teminat tablosunda belirtilen limitler ile işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları dahilinde bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigortalıların, acil tıbbi durumlar haricinde planlanmış ameliyatlari için ameliyatı yapacak olan doktor tarafından doldurulacak Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu'nu, 48 saat öncesinden Sigortacı'ya göndermesi gerekmektedir.

Teminat kapsamına giren ve girmeyen ameliyatların bir arada yapılması durumunda, işbu teminat kapsamına girmeyen ameliyat veya ameliyatlari ilgili sağlık giderleri karşılanmaz.

7.1.2. Dahili Yatış

Ameliyat gerektirmeyen ve tedavinin sağlık kurumunda en az 24 saat yatış (normal oda ya da yoğun bakım) gerektirmesi durumunda, yatış süresince yapılan ve yatış gerekliliğine konu rahatsızlıklar ile ilgili tüm sağlık giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.1.3. Küçük Müdahale

Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler; sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan ve SUT kapsamında günübirlik tedaviler kategorisinde aşağıda belirtilen işlemlerdir.

- Kemoterapi tedavisi,
- Radyoterapi tedavisi,
- Genel anestezi, bölgesel/lokal anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler,
- Hemodiyaliz tedavileri,
- Sağlık Bakanlığınca yayımlanan “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” eki “Tıp Merkezlerinde Gerçekleştirilebilecek Cerrahi Müdahaleler Listesinde yer alan işlemler,

7.1.4. Evde Tıbbi Bakım

Sigortalının sağlık kurumlarındaki yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için Sigortalı'nın sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde veya Sigortacı'nın onay vermesi halinde bir tıbbi bakım merkezinde, sadece tıp eğitimi görmüş personel (doktor, sağlık memuru, hemşire gibi) tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin sağlık giderleri ve tıbbi malzeme giderlerini kapsar. Evde Bakım giderleri, sigorta süresi içinde en fazla 56 güne kadar ödenir.

Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için, Sigortalı'yı tedavi eden doktor tarafından yazılan ve Sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir tıp eğitimi görmüş personel eşliğinde Sigortalı'nın sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde sürdürülmesi gerektiğini belirten bir raporla Sigortacı'ya bildirilmesi, hizmetin hastaneye yatış nedeniyle ilgili tedavinin devamını oluşturması, bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin evde bakım gerçekleşmeden önce Sigortacı tarafından onaylanması zorunludur. Evde bakım hizmetini sağlayacak personelin anlaşmalı kurumda çalışan bir personel olması gerekmektedir. Bu teminata ilişkin tedavileri sağlayacak kurumun da poliçe kapsam dahilinde anlaşmalı kurum olması gerekmektedir. Sigortalının günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, yatağa bağımlı olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, ağız yoluyla ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor

olması, üriner kateter bulunması, evde yalnız yaşıyor olması ve sosyal desteğe gereksinimi olması gibi nedenlerle alınan Evde Bakım Hizmetleri bu teminat kapsamına girmez.

7.1.5. Suni Uzuv

Sigortalılık süresi içinde meydana gelen kaza veya hastalık sonucu kaybolan uzva ait fonksiyonların yerine konması amacıyla kullanılacak olan suni uzuv-protez giderleri (suni kol, bacak, göz vb.) bu teminat kapsamı altında değerlendirilecektir.

Sigorta kapsamın kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi operasyonu sonrası kullanılacak olan meme protezi de bu teminat kapsamındadır.

Robotik uzuvlar kapsam dışıdır.

Sigorta başlangıç tarihinden önce var olan maluliyetler için kullanılacak suni uzuvlar ile var olan suni uzuvların yenilenmesine ilişkin giderler teminat kapsamı dışındadır.

7.1.6. Ambulans

Sigortalının hayati tehlike gösteren ve Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı'nca acil durum olarak kabul edilen durumlarda, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna nakli için Medisa Müşteri Hizmetleri'ni araması koşulu ile bu hizmetin verilebildiği bölgelerde Ambulans teminatından yararlanır. Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, Sigortacı' ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve Sigortacı'nın onayı ile hasarın gerçekleştiği ülke sınırları dahilinde hava veya deniz ambulans hizmeti Sigortacı tarafından verilir. Sigortalıların, acil vakalarda Şirketimizin anlaşmalı olduğu firmanın temin ettiği ambulans dışında bir ambulans kullanmaları halinde, ambulans giderleri karşılanmayacaktır. Ambulans teminatı kullanımı için 444 63 30 nolu telefon hattı aranarak, hizmet alınabilir.

7.1.7. Yardımcı Tıbbi Malzemeler

Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla 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 terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbasından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler ile hastanede yatarak gerçekleşen veya evde bakım sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen “Tıbbi Malzeme” teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Ayakta Tedavi ve Annelik Teminatları kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak poliçede ilgili teminatlar varsa bu teminat kapsamında karşılanır.

GSS kullanılarak yapılan muayene sonrası tıbbi malzeme reçetelendirilir ise kapsam dahilindeki tıbbi malzemeler için teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde ödeme yapılır.

7.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNAT GRUBU

7.2.1. Tamamlayıcı Ayakta Tedavi

Sağlık kurumlarında yatış gerçekleşmeden sağlanan doktor muayene, röntgen, laboratuvar tetkikleri ve ileri tanı yöntemlerine ait giderler, poliçede tercih edilmeleri kaydıyla, poliçede belirtilen teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışındadır. Triyaj uygulamasında Yeşil ve Sarı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.2.2. Fizik Tedavi Teminatı

Teminat kapsamındaki bir hastalığın tedavisi için tıbben gerekli görülen fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, tedavinin ayakta ya da yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek, tedavi öncesi Sigortacı tarafından onaylanması koşulu ile teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı dahilinde bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge bir (1) seans olarak değerlendirilir ve SGK'nın ödemesine onay verdiği her bir fizik tedavi paketi için 1 adet ayakta tedavi teminatı hakkı ile ödenir.

Fizik tedavinin sağlık kurumunda yatarak yapılması halinde, fizik tedavi giderleri dışında faturalandırılan oda, yemek, refakatçi, doktor takibi vb. giderler ödenmez.

7.3. ANNELİK TEMİNATI

Annelik Doğum ve Annelik Rutin Kontrol teminatı poliçede yer alan kendisi veya eşi konumundaki 18-50 (dahil) yaş arasındaki kadın sigortalılar için geçerlidir.

7.3.1. Doğum Teminatı

Bekleme Süresi maddesinde belirtilen bekleme süresinin tamamlanması halinde geçerlidir.

Doğumun sonlandırılması işlemi için yapılan normal doğum veya sezaryen işlemlerine ait doktor ve hastane giderleri ile hamilelik döneminde tıbbi gereklilik halinde amniyosentez işlemi, hamilelik, tıbbi gereklilik halinde küretaj, doğum ve sezaryen komplikasyonlarına bağlı yatışlar bu teminat kapsamında, poliçede belirtilmiş olan teminat limitleri doğrultusunda karşılanmaktadır.

7.3.2. Rutin Kontroller

Gebelik ile ilgili her türlü kontrol, muayene ve rutin tetkikler hamilelik rutin kontrol teminatı kapsamındadır. İlgili teminat poliçe kapsamında ayakta tedavi teminatının seçili olması durumunda kullanılabilir. Teminat kapsamındaki kullanım adetleri ve ödeme yüzdesi ayakta tedavi teminatı ile paraleldir. Rutin kontrol kapsamındaki kullanım adedi, ayakta tedavi teminatı limitinden değil, rutin kontroller teminatı limitinden düşer. Bebeğe ait sağlık giderleri, bebeğin poliçeye dahil edilmesiyle beraber kendi poliçesi kapsamında değerlendirilir.

7.4. EK TEMİNAT VE FAYDALAR

7.4.1. Check-up Teminatı

Kişinin genel sağlık durumunu değerlendirmek ve oluşan sağlık problemlerini ortaya çıkarabilmek amacıyla içeriği sigortacı tarafından belirlenen kontrol amaçlı muayene ve test işlemlerinden oluşan bir check-up hizmeti verilmektedir. Ürüne özel olarak belirlenmiş anlaşmalı hizmet ağı içerisinde yer alan kuruluşlarda geçerli olmak üzere sigortalılara “Check-up Paketi” yılda 1 defaya mahsus olmak üzere teminat kapsamındadır.

7.4.2. Ek Hizmetler

Sigortacı, belirli şartlar çerçevesinde ek hizmetler ve dönemsel fırsatlar sunabilir. Sigortacı, bu ek hizmetler ve dönemsel hizmetleri uygulayıp uygulamama ya da değişiklik yapma ile ilgili hakkını saklı tutar. Söz konusu ek faydalar poliçe ve ekleri üzerinden kontrol edilebilir ya da 444 63 30 no.lu telefon hattı aranarak, bilgi alınabilir.

7.5. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Poliçede belirtilen teminat limitleri ve ödeme oranları her bir sigortalı bazında ayrı ayrı geçerli olup, bu oran ve limitlerin üzerinde bir ödeme gerçekleştirilmez. SGK tarafından alınan katılım payı bu hesaplamanın dışındadır. Bu poliçe kapsamında sağlanan tüm teminatlar, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı sağlık hizmet sunucularında, SGK'nın ilgili mevzuatı uyarınca karşılanan tutarlar sonrasında geçerli olur. SGK tarafından ödenmeyen bedeller veya SGK kapsamında olmayan işlemler poliçe kapsamı dışındadır.

Teminat uygulamaları, poliçede belirtilen başlama ve bitiş tarihlerinde, sigortalının SGK aktif kaydı devam ettiği sürece geçerlidir. SGK kaydının sona ermesi halinde poliçe teminatları da kendiliğinden sona erer.

8. SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMA ESASLARI

8.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ait güncel listeye, Sigortacı'nın internet sitesi olan www.agesa.com.tr adresinden ulaşılabilir. Sigortacı, sigorta süresi içinde, önceden herhangi bir bildirimde bulunmaksızın Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda değişiklik yapabilir.

www.agesa.com.tr adresinden ulaşılacak Anlaşmalı Sağlık Kurumları'na ait liste ve bilgiler bilgilendirme amaçlı olup, hizmet alınmadan önce mutlaka Sigortacı'dan provizyon alınması gerekmektedir.

Seçilen Sağlık Kurumu'nun, Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesinde yer alması, bu kurumun hizmetlerinin Sigortacı tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçlarına dair, Sigortacı hiçbir şekilde garanti vermemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş Sağlık Kurumu'nun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen Sağlık Kurumu sorumlu olup; Sağlık Kurumu'na dair hizmetlerden kaynaklanan zarar ve ziyan için hiçbir halde Sigortacı'nın sorumluluğuna gidilemez.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda yapılacak sağlık giderleri için, teminat tablosunda belirtilen limit, katılım payı ve muafiyet doğrultusunda, Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme kapsamında, doğrudan Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağına dair provizyon verilir.

Sigortalı tarafından tercih edilen networkte olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen hizmetler; teminat tablosunda belirtilen limit doğrultusunda karşılanır.

Sigortalı tarafından tercih edilen networkte olmayan ancak Sigortacı'nın daha geniş networkü içerisinde yer alan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen hizmetler; Anlaşmalı Sağlık Kurumu katılım payı yüzdesiyle karşılanır. Katılım payı oranı poliçe üzerinde belirtilmektedir.

Hizmet almadan önce kurumun anlaşma durumunu ve networkünüzde bulunmayan anlaşmalı kurumlardaki katılım payı uygulamalarını kontrol etmeniz önemlidir. Katılım payı oranları ve geçerlilikleri, kurumlara yapılan sözleşmelere bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmanın son bulması durumunda özel uygulamalar sona erecektir.

Provizyon sırasında verilen ön onay, Sigortacı'nın onay konusu teşhis ve tedavi işleminin yapılması sonrasında buna ilişkin sağlık giderlerini yeniden değerlendirmesine engel değildir. Sigortacı, bu değerlendirme neticesinde anılan sağlık giderinin ödenmesine veya ödenmemesine karar verir.

Yapılacak değerlendirme sonucunda ön onaya konu işlem ve sağlık giderinin teminat kapsamı içerisinde olmadığı neticesine varılırsa ve nihai onay verilmezse, tedavi giderleri Sigortalı/ Sigorta Ettiren tarafından karşılanır. Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi sonucunda ödeme kararı verilmesi halinde ise nihai karar doğrultusunda Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na doğrudan ödemeyi gerçekleştirir.

Sigortalı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda Sigortalı olduğunu belirtmek, T.C. kimlik numarasının yazılı olduğu resimli kimlik belgesini ibraz etmek ve teminat tablosunda belirtilen katılım payı, muafiyet tutarı ve limit üzerinde kalan tutarı ödemekle yükümlüdür. Sigortacı tarafından Anlaşmalı Sağlık Kurumu sözleşme değişikliği nedeniyle katılım payı uygulamalarında değişiklik yapabilir. Yapılan bu değişiklikler nedeniyle ömür boyu yenileme garantisi olan sigortalılar da dahil olmak üzere sigortalıya sunulan hizmetler, uygulamalar, sigortalı katılım payları ve benzeri hususlar bakımından farklılıklar söz konusu olabilir.

8.2. ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMLARI

SGK ile anlaşmalı olan ancak Sigortacı ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında tedavi yapılması halinde, sağlık giderleri öncelikle Sigortalı tarafından ödenir.

Sigortalı tarafından ödenen sağlık giderlerine ilişkin tüm belgeler, Sigortacı'ya ulaştıktan sonra, işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile teminat tablosuna göre Sigortacı tarafından değerlendirme yapılır.

SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

8.3. TEMİNAT DIŞI KALAN KURUMLAR

Sigortacı gerek provizyon verilmeyecek gerekse elden hasar olarak değerlendirme kapsamına alınmayacak Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları ve Doktor'lar belirleyebilir. Sigortacı bu kurumların listesini www.agesa.com.tr adresinde belirtecektir. Teminat Dışı Kalan Kurumlar'dan alınan sağlık hizmetlerinde geri ödeme yapılmaz. Teminat Dışı Kalan Kurumlarda yapılacak işlemler için Sigortacı'nın ödeme yapma yükümlülüğü bulunmamaktadır.

9. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderlerinin değerlendirilebilmesi için, aşağıda belirtilen belgelerin Sigortacı'ya ulaştırılması gerekmektedir:

- Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kurumu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü (tıbbi malzeme faturaları için zorunlu değildir.),
- Tüm sağlık giderlerinin fatura asılları ve (işlem bazlı) ayrıntılı fatura dökümleri,
- Yatarak tedavilerde ameliyat raporu ve/veya epikriz raporu,
- Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- Sinüzit ameliyatlarından önce Sigortalı'ya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,
- Fizik tedavi giderlerinde, varsa tedavi gerekliliğini gösteren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.) ve ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü),

- Her türlü adli olayda (trafik kazası dahil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),

Anlaşmasız Kurumlarda gerçekleşen tedaviler SUT paket fiyatları dikkate alınarak teminat tablosunda belirtilen limit ve ödeme oranları kapsamında değerlendirilecektir.

Tazminat talebinin değerlendirilebilmesi için, Sigortacı tarafından gerekli görülmesi durumunda, Sigortalı'dan ek bilgi ve belge talep edilebilir. Sigortacı, sağlık giderlerine ilişkin daha fazla araştırma yapmak, Sigortalı'nın tedavisini gerçekleştirecek olan doktor, sağlık kurumu ve diğer kişilerden tanı ve/veya tedavi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, referans doktora Sigortalı'yı muayene ettirme hakkına sahiptir.

10. BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigortacı, sigorta sözleşmesinin kurulması aşamasında Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren'in ilk başvurusunda başvuru ve beyan formunda beyan ettiği tüm bilgileri, sigorta sözleşmesinin yenilenmesi aşamasında ise Sigortalı'nın yıl içindeki tazminatlarını ve sağlık durumunu esas alarak değerlendirme yapar

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

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

Sigorta Ettiren ve Sigortalı, Sigortacı'nın, bu başvuru sonrasında kurulabilecek Sağlık Sigortası Sözleşmesi'nin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi vb.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalı

adayları için doktor, sağlık kurumları, sigorta şirket(ler)i ve/veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile doğrudan doğruya ya da Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi vasıtasıyla, gizlilik sözleşmesi bulunması kaydıyla, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmemesine, sır niteliğindeki bilgileri öğrenebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dâhil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmesi görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde tüm sigortalılar ve sigorta ettiren hakkında toplayacağı her türlü bilgiyi, verebilmesini kabul ve beyan eder.

11. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

11.1. POLİÇENİN YENİLENMESİNE İLİŞKİN UYGULAMA ESASLARI

Poliçenin yenilenmesi, mevcut sigorta poliçesinin sonra ermesini takiben, Sigortacı'nın yapacağı değerlendirme sonucunda, sigorta bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yapılmasını ifade eder.

Mevcut sigorta poliçesinin sona ermesi sonucunda Sigortacı, yapacağı değerlendirme sonucunda sigorta poliçesini hiç yenilemeyebileceği gibi, sigortalının mevcut rahatsızlıkları ve/veya hastalıkları için ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak sigorta poliçesini yenileyebilir.

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalının, yenilenen poliçenin başlangıç tarihi itibarıyla ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptali talebinde bulunması halinde, yenilenen poliçede herhangi bir tazminat ödemesi olmaması kaydıyla poliçe başlangıç tarihi itibarıyla iptal edilir ve primin tamamı Sigorta Ettiren'e iade edilir. Tazminat ödemesi yapılmış/yapılacak olması veya talebin 30 günden sonra gelmesi durumunda, 15.3.2. maddesi uyarınca iptal yapılır.

Mevcut sigorta poliçesinin bitiş tarihini 30 gün geçtikten sonra yapılan başvurularda, Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı ile kaç yıldır poliçe yapıldığına bakılmaksızın sigortaya ilk yıl girişi olarak değerlendirilir. Bu durumda, işbu Özel Şartlar'da belirtilen bekleme süresi uygulanır ve kazanılmış hakların devamı söz konusu olmaz.

Yenilenen sigorta sözleşmesi, kural olarak biten sigorta poliçesi ile aynı teminat yapısına sahip aynı sigorta ürünü olmalıdır. Sigorta Ettiren / Sigortalı poliçe yenilemesinde anlaşmalı sağlık kurum ağı ve teminat genişletme talebinde bulunabilir. Bu durumda Sigortacı, gerekli görünen durumlarda sağlık beyanını esas alarak yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu değerlik talebini kabul edebilir ya da etmeyebilir.

Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesinde daha düşük teminatlı bir plana geçiş yapmak istemesi halinde tekrar risk değerlendirmesi yapılmaz, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek primi devam eder.

Sigorta Ettiren'in, Sigortacı'da daha kapsamlı diğer sağlık sigortası ürünlerine geçiş yapmak istemesi durumunda, Sigortacı, sigortalının geçmiş sigortalılık bilgileri ile geçiş yapılan ürünün özel şartları ve Sigortacı'nın medikal ve teknik risk değerlendirme kuralları çerçevesinde tekrar risk değerlendirmesi yapar. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre plan ve/veya ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) kabul etme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını korumama veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi ek şart uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkı saklıdır.

Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki sigorta poliçesindeki prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı yenilemede de geçerli olacaktır.

11.2. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi poliçenin Sigortacı tarafından mevcut tamamlayıcı sağlık sigortası ürün ve planı (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi gibi belirli kriterler) dahilinde yenilenmesi taahhüdüdür.

Sigortacı, aşağıdaki hüküm ve şartlara göre,

- Sigortalı'nın sigorta primini düzenli ödeyerek sigorta poliçelerini sigortacıdan düzenli olarak yenilemesi,
- Sigortacı'nın, ilgili sigorta ürün grubuna ait risk kabul uygulamaları ve poliçenin yenileme tarihinde geçerli olan Özel Şart hüküm ve koşulları doğrultusunda yapılan değerlendirme sonucunda, sigorta poliçesinin belirlenen şartlarla ve düzenli prim ödemesi yapıldığı sürece,
- Sigortalının kesintisiz 3 yıl sigortalı kaldığı ve bu süre içerisinde "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesine uygun davrandığı durumlarda,

Risk Değerlendirme birimi tarafından yapılacak medikal ve teknik değerlendirme sonucuna göre sigortalanması uygun görülen kişilere Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı verilebilir. Ancak, Sigortacı'nın değerlendirme sonucuna göre, Sigortalı'ya bu hakkı vermeme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) verme hakkı saklıdır.

İşbu madde anlamında kesintisiz sigortalılık süresi, aynı sigorta poliçesinde mevcut tüm sigortalı bireyler bakımından da ayrı ayrı aranılacaktır.

Bu hakkın verilmesinden sonra, Sigortacı, Sigortalı'nın ortaya çıkacak yeni rahatsızlık ve

hastalıklarından dolayı Sigortalı'ya yeni ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) uygulaması yapmadan poliçeyi yenileme hakkını vermeyi kabul, beyan ve taahhüt eder.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özel bir hak olup, bu hakkı kazanmış Sigortalıya aittir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip olunması halinde dahi yenilemelerde, yukarıda " POLİÇENİN YENİLENMESİNE İLİŞKİN UYGULAMA ESASLARI" maddesindeki hüküm ve şartlara göre hareket edilmelidir. Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan Sigortalıların poliçelerinin muadil teminatlarla yenilenmesinden sorumludur. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip Sigortalı'nın, bu hakkının korunabilmesi için devam eden ve sonraki poliçelerinin aralıksız olarak muadil teminat yapısı ile yenilenmesi, primlerinin düzenli olarak ödenmesi gerekir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi alındıktan sonra, sigortalı sigorta ürünü değiştirmek ve teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni yeniden değerlendirir. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) kabul etme hakkına sahiptir.

Sigortacı tarafından, Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları'nda Ömür Boyu Yenileme Garantisi için risk değerlendirmesi yapılan tarih ile poliçenin yenileme tarihi arasında, Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı yenileme koşullarını gözden geçirerek, Ömür Boyu Yenileme Garantisini tekrar değerlendirme, poliçeyi yenilememe, hastalık ek primi ve/veya istisna uygulama hakkına sahiptir.

Şirketimizde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerinde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışında olup ayrıca ilk sigortalılık tarihinden sonra ortaya çıkan rahatsızlık/hastalıklarla ilgili, Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkı elde edilen tarihe kadar, yenileme dönemlerinde yeniden medikal değerlendirme yapılarak ek şartlar (limit, muafiyet, ek prim vb.) uygulanabilir.

Sigortacının ürün satışını durdurması durumunda, Sigortalının poliçesini muadil bir ürün ile yeniler.

Sigortacı tarafından Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilirken belirlenen ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, katılım payı, bekleme süresi vb.), Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildikten sonra devam eden yenileme dönemlerinde değiştirilemez ve tekrar değerlendirilemez.

Sigortalı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa bile aşağıdaki koşulların oluşması halinde, duruma göre Sigorta Ettiren/ Sigortalı'ya yaptığı haksız ödemeler ile ilgili rücu hakkı

saklı kalmak üzere, Sigortacı sigorta poliçesini iptal etme veya ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) uygulayarak devam ettirme veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni değiştirme veya kaldırma hakkına sahiptir:

- Sigorta priminin poliçe üzerinde belirtilen vadelerde ödenmemesi nedeniyle poliçenin iptal edilmesi,
- Sigortalı'nın/Sigorta Ettiren'in Azami İyi Niyet Prensibi ilkesine uymaması,
- Sigortalı'nın gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunduğu veya sigorta teminatlarının kötü niyetle kullanıldığı tespit edilmesi durumunda,

12. PRİM TESPİTİ

İlk defa sigortalanacak kişilerin prim tespitinde, ürün tarife fiyatı baz alınır. Sigorta şirketi, Sağlık Sigortası'na ait Tarife Primi'ni belirli periyotlarla; portföyün genel performansı, sağlık enflasyonu ve ülkedeki diğer ekonomik göstergelerdeki değişimleri dikkate alarak günceller. Yenileme döneminde uygulanacak Tarife Primi, bir önceki yılın aynı kategoriye ait (yaş, cinsiyet, il, plan, network) olan tarife priminin en fazla 5 katı ile sınırlıdır.

12.1. PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

12.1.1. Tarife Primi

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

12.1.2. Poliçe Primi

Tarife primleri baz alınarak, "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış ek primin ve/veya indirimlerin uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen primi ifade eder.

12.1.3. Ödenecek Poliçe Primi

Poliçe primleri baz alınarak "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış "Diğer indirim ve ekprimlerin" uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen ödenecek primi ifade eder.

12.2. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Poliçe kapsamında ilk defa sigortalanan veya diğer sigorta şirketinden yapılacak geçişlerde, tarife primi uygulanacaktır.

Yeni iş, geçiş ve yenilemelerde, sigortalının ikamet adresi, poliçenin kullanım adeti ve tutarları, sigortalılık süresi, aile olma hali, ödeme planı değişiklikleri, prim hesaplanması esnasında fiyatın artmasına veya azalmasına neden olabilmektedir.

12.2.1. Tazminat/Prim (T/P) Oranına Bağlı İndirim Uygulaması

Sigortacı'da sona eren poliçenin yenileme dönemi sırasında; poliçedeki her bir sigortalı için son yıl Ödenen Tazminat/ Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yeni yıl primlerinde indirim uygulanabilir.

0-1 (bir) yaş aralığındaki çocuklarda ilk poliçe yenilemesinde, Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yenilenecek poliçe primlerinde herhangi bir indirim uygulanmayacaktır.

12.2.2. Risk Ek Primi

Tarife priminden bağımsız olarak, sigortalı adayının bireysel sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda sigorta güvencesinin sağlanabilmesi için ödenmesi gereken ek primi ifade eder. Bu ek prim, aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 katını geçemez.

12.2.3. Ödeme Planı İndirimi

Poliçe priminin peşin ödenmesi durumunda uygulanacak indirimi ifade eder.

12.2.4. Aile İndirimi

Anne, baba ve 24 yaşına kadar olan çocukların aynı poliçe kapsamında sigortalanması halinde, kişi sayısı dikkate alınarak uygulanan indirimi ifade eder.

12.2.5. Diğer İndirim ve Ek Primler

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

13. SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI

Bu sigorta ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden, başvuru tarihinde 14 gün ile 65 yaş(dahil) arasındaki kişiler sigortalanabilmektedir.

13.1. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden/ edecek olan GSS hak sahibi olan kişiler için geçerlidir. GSS müstehaklığını kaybeden sigortalılar poliçelerini devam ettirebilir ancak GSS hak sahipliğinin yeniden başlaması durumuna kadar poliçe teminatlarından faydalanamaz.

Aynı poliçe kapsamında sadece anne, baba ve 24 yaşına (dahil) kadar bekar çocuklar sigortalanabilir. Yürürlükte olan poliçeye, yıl içerisinde eş ya da çocuk (evlat edinilen dahil) için yeni sigortalı girişi, Sigortacı'ya başvuru yapılması durumunda mümkündür. 18 yaş altı çocuklar ebeveyni olmaksızın tek başına, Sigorta Ettiren'in 18 yaş ve üzerinde olması şartıyla sigortalanabilirler.

Süresi içerisinde yapılan başvurular, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde değerlendirilecek ve kabul edilmesi halinde, poliçeye giriş tarihleri olarak başvuru tarihi esas alınacaktır. Ancak yeni doğan bebek için sigortaya başvuru, bebeğin doğum tarihinden 14 günden sonra yapılabilir.

Poliçeye eklenecek kişilerin (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) primleri, yıllık prim üzerinden gün esasına göre hesaplanarak alınacaktır.

14. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Diğer sigorta şirketlerinde herhangi bir Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, diğer sigorta şirketinden ayrılarak, Sigortacı'dan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası almak istediği durumlarda, sigortalı olduğu önceki şirketinden kazanılmış haklarını gösteren belgelerin Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir.

Diğer sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihini takip eden ilk otuz (30) gün içerisinde Sigortacı'ya Başvuru ve Bilgilendirme Formu doldurarak başvurması gerekmektedir. Risk Değerlendirme Birimi tarafından yapılacak değerlendirme sonucunda uygun görülmesi, Sigortacı ile Sigorta Ettiren'in yeni sigorta poliçesinin koşullarında mutabık kalması durumunda ve kişilerin 30 gün içinde sigortalanması şartı ile kazanılmış hakları korunabilecektir.

- İşbu Özel Şartların "ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ (ÖBYG)" maddesindeki Ömür Boyu Yenileme Garantisi, önceki sigorta şirketinde kazanılmış olsa dahi, geçiş yapma talebinde bulunan sigortalı adayı için Risk Değerlendirme

Birimi tarafından yapılacak medikal ve teknik değerlendirme sonucuna göre korunabilecektir.

- Önceki sigorta şirketinde teminat kapsamında olan, ancak Sigortacı'nın tercih edilen sigorta ürününde bulunmayan teminat ve hizmetler kapsam dışında kalacaktır.
- Geçiş sırasında Sigortalı adayının hamilelik durumu olsun ya da olmasın Annelik Doğum Teminatı ile Annelik Rutin Kontrol Teminatları için Poliçe Özel Şartları'nda belirtilen bekleme süreleri her durumda geçerli olacaktır.
- Önceki sigorta şirketinde kapsam dahilinde olsa dahi, mevcut rahatsızlıkları ve hastalıkları ile başvuru ve beyan formundaki beyanı, geçiş bilgilerinde belirtilen hastalık riskleri çerçevesinde değerlendirme yapılarak poliçe kabul koşulları belirlenir.

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, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününe ait Özel Şartlar çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna / hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

15. SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTA POLİÇESİNİN SONA ERMESİ

15.1. SİGORTA SÜRESİ

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

Bu sigorta poliçesi yürürlükteyken başlayan ve kesintisiz olarak sigorta bitiş tarihinden sonraki bir tarihe kadar süren hastane tedavilerinin masrafları, sigorta süresinin sona ermesiyle yeni bir poliçe yapılmaması durumunda, sigorta bitiş tarihinden itibaren 10. Güne kadar teminat altındadır. Sigorta poliçesinin iptali veya Sigortalı'nın sigorta teminatlarından çıkarılması halinde iptal, çıkartılma veya ürün-plan değişikliği tarihinden sonraki hastane tedavilerinin masrafları hiçbir koşul aranmaksızın karşılanmaz.

15.2. SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

Sigorta teminatları, başvurunun sigortacı tarafından onaylanması ve poliçe priminin

tamamının veya taksitli ödenmesi kararlaştırıldı ise ilk taksitinin ödenmesi ile yürürlüğe girer. Sigorta Ettiren, Sigorta Ettiren ile sigortacı tarafından mutabık kalınan / kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini, kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer. Sigorta Ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 15 gün içinde ödemediği takdirde provizyona kapatılır ve sigortacı tarafından Sigorta Ettiren'in bilinen son adresine yazılı ihtar gönderir. Riskin gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren 15 gün içinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur.

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

15.3.1. Başlangıçtan İptal Hakkı

Sigorta Ettirenin / sigortalının poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde cayma hakkı bulunmaktadır. Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı, poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunması halinde, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması durumunda, ödenen primler kesintisiz olarak Sigorta Ettiren'e iade edilir. İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda veya bu süreyi aşan diğer tüm iptal taleplerinde sigorta şirketinin sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

15.3.2. Prim Ödenmemesi Sonucu İptal

Sigorta primi veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise peşinatı poliçenin teslimine rağmen ödenmemişse, sigortacının sorumluluğu başlamaz. Rizikonun gerçekleşmesi halinde taksitlerin tümü muaccel olur. Sigorta ettiren vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. TTK 1434. Madde uyarınca ilk taksiti veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim vadesinde ödenmez ise; sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağının, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise; sigortacı sigorta ettirene, noter

aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.

15.3.3. Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı isteği üzerine poliçenin iptal edilmesi durumunda; 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, tahsil edilen 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.

Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

15.3.4. Diğer

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı'nın "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkelerine aykırı davranan, sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya sağlık gider belgelerinin sigorta kapsamındaki diğer kimseler adına düzenlettirilmesi gibi kötü niyetli hareketlerinin saptanması durumunda Sigortacı, bu şekilde yapılmış bir tazminat talebini ödemiş olduğu olması halinde, ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve sigortasını bazı veya tüm sigortalılar için kısmen veya tamamen mebdeinden iptal etmek hakkına sahiptir.

Sigortalının, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile Sigortacı'nın uğrayacağı zararlardan Sigorta Ettiren, Sigortalı ile birlikte sorumludur.

15.3.5. Vefat Durumu

Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda, sigortası geçersiz hale gelir. Sigorta Ettiren'in poliçede yer almadığı ve Sigortalı'ların Sigorta Ettiren'i değiştirerek sigortasını devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumunda Sigorta Ettiren değiştirilerek sigorta poliçesi devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir poliçede, Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda sigorta geçersiz hale gelir. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Birden fazla sigortalının olduğu sigorta poliçelerinde, sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır ve varsa prim iadesi, işbu Özel Şartlar çerçevesinde Sigorta Ettiren'e yapılır.

16. YAPTIRIMLAR

Sigortalı taleplerinin karşılanmasının aşağıdaki durumlara yol açması halinde Sigortacı tarafından teminat sağlanmaz ve Sigortacı Poliçe kapsamında herhangi bir talebi ödemekle veya herhangi bir menfaat sağlamakla yükümlü olmayacaktır:

- Herhangi bir Birleşmiş Milletler kararına veya herhangi bir yargı yetkisinin ticari veya ekonomik yaptırımlarına, yasalarına veya düzenlemelerine aykırı olan durumlar (Avrupa Birliği, Hong Kong, Avustralya, Birleşik Krallık ve/veya Amerika Birleşik Devletleri'ninkiler dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere).
- Herhangi bir ilgili makam veya yetkili organ tarafından yaptırıma tabi tutulma riskine maruz bırakacak durumlar ve / veya
- Herhangi bir ilgili makamın veya yetkili organın yasak olduğunu düşündüğü davranışlara (doğrudan veya dolaylı olarak) dahil olma riskine maruz bırakan durumlar.

Bu maddede atıfta bulunulan herhangi bir karar, yaptırım, yasa veya yönetmeliğin Sigortalının poliçesi için geçerli olduğu veya geçerli hale geldiği durumlarda; Sigortacı bahse konu düzenleme ve kurallara uyumlu olmak amacı ile Poliçenin iptali de dahil olmak üzere gerekli görülebileceği tüm önlemleri alma hakkına sahiptir.

17. RÜCU

Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel Şartları'na göre ödediği sağlık giderinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslara rücu edebilir. Sigortacı, Sigortalı / Sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kurumları'na veya sigortalı / sigortalılar hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı / sigortalılardan talep edebilir. Sigortalı / sigortalıların ve/veya tedaviyi düzenleyen Sağlık Kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. Sigortacı'nın anılan ödemeye ilişkin provizyon onayı ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle Sigortacı'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

18. BİLGİ PAYLAŞIMI

Sigortacı; sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve kamu kurum ve kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve/veya belge temin etme ve paylaşımda bulunmaya yetkilidir.

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

19. SİGORTALI / SİGORTA ETTİREN BİLGİLENDİRMELERİ

Sigortacı, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene / sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi

yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır.

Ancak bu iletişim bilgilerinden en az birinin değişmesi veya eksik / hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı / sigorta ettiren tarafından Sigortacı'ya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, Sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede sigortalı olan aile bireylerinden en az biri ile sigorta ettirene ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin Sigortacı'ya iletilmiş olması zorunludur.

Aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda poliçede bilgisi tam olan kişiye bildirim yapılır ve bilgilendirme poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.