

MEDİSA TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta ile, Medisa Sigorta A.Ş. (bundan sonra “Sigortacı” olarak anılacaktır), Sigortalı’nın sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarına ait sigorta süresi içinde gerçekleşen GSS (Genel Sağlık Sigortası) kapsamında alınan sağlık hizmeti giderlerini; İşbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe ekinde yer alan teminat tablosu doğrultusunda, SGK ile anlaşması olan özel/vakıf hastanelerinde gerçekleşen ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında finanse edilen sağlık harcamalarının SGK fark ücretlerini (SGK muayene katılım payı hariçtir) güvence altına almaktadır. 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

Acil Durum: Poliçe genel ve özel şartları gereği Teminat Dışı Kalan Haller ile Bekleme Süreli durumlar arasında yer almayan ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve geciktirilmesi mümkün olmayacak tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, hastaneye yatırılmalı veya yatırılmalı, aşağıdaki Acil Durum listesinde belirtilen rahatsızlıklar için, bir hastanenin acil servisinde hizmet almayı gerektiren sağlık durumudur.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan Acil Durumlar aşağıdaki gibidir;

1. Trafik kazası
2. Akut miyokard enfarktüsü (raporlarla belirlenmiş kalp krizi, ritim bozuklukları)
3. Apandisit
4. Menenjit
5. Ani felçler
6. Suda boğulma
7. Yüksekten düşme
8. Ciddi iş kazası
9. Uzun kopmaları
10. Elektrik Çarpması
11. Donma
12. Soğuk Çarpması
13. Isı Çarpması
14. Tahriş Edici Gazların Teneffüsü
15. Darbe Sonucu Sinir Kopması
16. Yılan, Akrep veya Örümcek Sokması Sonucu Oluşan Ciddi Alerjik Tablolar

17. Evcil-vahşi hayvanların ciddi cerrahi müdahale gerektiren ısırıklar
18. Her türlü 2. ve 3. derece yanıklar
19. Tahriş edici maddelerden oluşan ciddi göz yanmaları
20. Tahriş edici maddelerden oluşan ciddi göz yanmaları
21. Hayati tehlike arz eden ilaç veya diğer madde zehirlenmeleri
22. Tüm kırık ve çıkıklar
23. Solunum yollarında yabancı cisim bulunması sonucu oluşan akut solunum problemleri
24. Travma ve/veya kaza sonucu oluşan ani şuur kaybına neden olan her türlü durum
25. Mide perforasyonu
26. Darbeye bağlı iç organ zedelenmesi
27. Ensefalit (beyin iltihabı)
28. Beyin apsesi
29. Dekompresyon hastalığı (dalğış hastalığı)
30. Travma sonucu oluşan masif (yoğun) kanamalar
31. Her türlü iç organ kanaması (gebelik düşüklerine bağlı, jinekolojik hormonal kanamalar hariç)
32. Kurşunlanma, bıçaklanma, kavgı (cürüm işlemek ve cürüme teşebbüs hali istisnadır)
33. Epilepsi krizi
34. Gebelik zehirlenmesi
35. Travmaya bağlı her tip sütur gerektiren cilt kesikleri
36. Ani ve dışarıdan harici bir hadise nedeniyle meydana gelebilecek kaza ve yaralanmalar
37. Hipertansiyon krizleri,
38. Yüksek ateş (39,5 ve üzeri)
39. Diyabetik ve üremik koma
40. Renal kolik
41. Ciddi genel durum bozukluğu

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.

Anlaşmasız Sağlık Kurumları:

GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olup Sigortacı ile arasında bir anlaşmalı kurum sözleşmesi bulunmayan Sağlık Kurumları ve kendi faturasını düzenleyen Doktorları ifade eder.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu Networkü:

Sigortalı tarafından tercih edilen poliçede Sigortacının yer verilmesine uygun gördüğü anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

Azami İyi Niyet Prensibi:

Sigortacı bu sigorta sözleşmesini ve sözleşme şartlarını Sigorta Ettiren'in beyanına dayalı olarak oluşturmaktadır. Bu nedenle Sigorta Ettiren, başvuru 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 beyan etmekle yükümlüdür.

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

Bireysel (Ferdî) Sağlık Sigortası:

Bireyin tek başına veya eş ve çocuklarından oluşan ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

Coğrafi Kapsam:

Poliçede yer alan plan ve teminatların coğrafi geçerliliğini (Tüm Dünya/Türkiye gibi) gösteren özelliştir.

Deneyisel veya Araştırma Amaçlı İşlem:

Hastalığın tanı ve tedavisinde;

- 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 deneyisel aşamada olduğuna veya aynı işlem için bir başka kurumun deneyisel 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.

Doğuştan Gelen Hastalık (Konjenital Hastalık):

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

Doktor:

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

Grup (Kurumsal) Sağlık Sigortası:

Sigorta Ettiren tüzel kişilik ile, bordro, öğrencilik, üyelik gibi ilişkisi olan kişiler ile eş ve çocuklarının aynı poliçe kapsamında sigortalandığı sağlık sigortası türüdür.

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 ilk sigortalanma tarihini ifade eder.

İstisna:

Sigorta poliçesi kapsamı dışında bırakılan durumlardır.

Kadrolu Doktor:

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

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.

Kaza:

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

Kazanılmış Haklar:

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

Limit:

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

Mevcut Rahatsızlık ve/veya Hastalık:

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

Muafiyet:

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

Poliçe:

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

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.

Referans Doktor:

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

Sağlık Gideri:

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

Sağlık Hizmet Tarifesi:

Sağlık hizmeti veren kurumlarda, tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. (Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) vb.)

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.

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 ile eczaneleri ifade eder.

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

SGK Katılım Payı:

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

Sigorta Ettiren:

Sigorta Ettiren, sigorta poliçesini düzenleyen yapan 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.

Tazminat:

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

Teminat:

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

Teminat Dışı Kalan Kurumlar:

Sigortalının sağlık giderlerinin teminatları gereği kapsam dahilinde olmasına rağmen, geri ödeme alamayacağı kurum ve/veya hekimleri ifade eder. Teminat dışı kalan kurumların güncel listesine www.medisasaglik.com.tr adresi üzerinden ulaşılabilir.

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.

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.

Triyaj Uygulaması:

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

Triajda 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.

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 Usül ve Esasları uyarınca karşılanır. Yatarak Tedavi Teminat Grubu aşağıdaki teminatlari 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 teminatlari içermektedir.

- Tamamlayıcı Ayakta
- Fizik Tedavi

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.

Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dahil edilmesinden itibaren en az 12 ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Doğum teminatı kapsamındaki tüm giderler bu teminatın bir önceki yıl da seçilmesi kaydıyla geçerli olup, teminata ilişkin giderler, seçildiği ilk yıl kapsam dışındadır.

Yenileme döneminde; doğum teminatına ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının 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.

- 5.1.** Sigortalı olunmadan önce var olan hamilelikler, sigortalının sigortacıya sigortalanırken bildirilmiş olsa dahi poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıklar ve bunların nüks/komplikasyon ve metastazları ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüks ve komplikasyonlarına (insizyonel herni, adhezyolizis, nüksler, implant çıkartılması vb.) ait harcamalar ve gelişim süreci açısından sigorta başlangıç tarihinden öncesine dayalı rahatsızlıklar ve bunlara bağlı gelişen rahatsızlıklar,
- 5.2.** Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi 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 varikosel 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, ksantelezm, 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. Kaza sonucu 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 Skoring 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 tüketim malzemeleri, alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan (tedavi amaçlı kullanılan medikal şampuanlar hariç), saç solüsyonu, diş macunu, tatlandırıcı, kozmetik ürünler,

- 5.23.** Telefon, hasta ve refakatçi yemekleri haricindeki yiyecekler ve benzeri tüm ekstra harcamalar, suit oda farkı, Sigortacı tarafından onaylanmış Evde Bakım Teminatı dışındaki özel hemşire masrafları,
- 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.** Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen işlemlerde, Poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilmiş limit üzerinde kalan tutar,
- 5.26.** -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,
- 5.27.** -Hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol ve tarama amaçlı yapılan işlemler,
- 5.28.** İşbu Özel Şartlar'da tanımlanmış olsun veya olmasın, teminat tablosunda yer almayan herhangi bir teminat kapsamına giren sağlık giderleri veya işlemler,
- 5.29.** Lisanslı sporcuların profesyonel veya amatör olarak yapılan her türlü müsabakaya ve/veya antremana katılımları sırasında meydana gelecek sakatlanma ve yaralanmalar,
- 5.30.** Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, 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,
- 5.31.** 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,
- 5.32.** Sigortalının hastalık ve/veya rahatsızlık sonucu çalışamaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,
- 5.33.** Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası,
- 5.34.** Sigortacı tarafından teminat kapsamında değerlendirilerek kabul edilen ambulans hariç her türlü ulaşım gideri,
- 5.35.** GSS hak sahipliği aktif olmayan sigortalılara ait tüm giderler,
- 5.36.** Sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları SGK Katılım Payı,
- 5.37.** SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında, SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında, SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü giderler,

- 5.38. GSS'nın aktif olmadığı tarih aralığında meydana gelen rahatsızlık ve sağlık harcamaları,
- 5.39. Prematürite ve Düşük Doğum Ağırlığı ile ilgili sağlık giderleri,
- 5.40. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina,
- 5.41. 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,
- 5.42. Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) yer almayan işlemler,
- 5.43. Uzaktan Sağlık Hizmeti (Teletıp, online verilen hizmetler) kapsamında Sigortacı tarafından bu hizmetler için belirlenen kurumlar dışında gerçekleşen giderler,
- 5.44. Anlaşmaz Kurumlarda gerçekleşen, "Sağlık Uygulama Tebliği, Genel Sağlık Sigortası'nda 'ilave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri'" maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri,
- 5.45. Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen rutin kontrol, teşhis yöntemleri ve tetkikler.
- 5.46. MEDİSA SİGORTA A.Ş.'ye ait www.medisasaglik.com.tr adresli web sayfasında "Online İşlemler" adımı altında bulunan "Teminat Dışı Kalan Kurumlar Listesi"nde yer alan kurumlara ve doktorlara ait her türlü gider.

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 (K.K.T.C.) yurtdışı olarak değerlendirilecektir.

7. TEMİNATLARIN UYGULAMA USÛL VE ESASLARI

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 ameliyatları 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 ameliyatlara 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.

- a) Kemoterapi tedavisi,
- b) Radyoterapi tedavisi,
- c) Genel anestezi, bölgesel/lokal anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler,
- d) Hemodiyaliz tedavileri,
- e) 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.

Bu teminat sadece anlaşmalı kurumlarda geçerlidir.

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 Uzun

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.

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 Doğum 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, bu 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.

8. SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMA ESASLARI

8.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI

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

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.

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 özel hastaneler ve branşlarda 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.medisasaglik.com.tr adresinde belirtecektir.

www.medisasaglik.com.tr adresinde Teminat Dışı Kalan Kurumlar şeklinde belirtilen anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen işlemler için geri ödeme yapılmaz. Teminat Dışı Kalan Kurumlar listesi Sigortacı tarafından belirli zamanlarda güncellenmekte olup, işlem yapılmadan önce mutlaka kontrol edilmesi gerekmektedir. Teminat Dışı Kalan Kurumlar listesi güncellendikten sonra listede yer alan 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:

- a) Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kurumu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- b) GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü (tıbbi malzeme faturaları için zorunlu değildir.),
- c) Tüm sağlık giderlerinin fatura asılları ve (işlem bazlı) ayrıntılı fatura dökümleri,
- d) Yatarak tedavilerde ameliyat raporu ve/veya epikriz raporu,
- e) Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- f) Sinüzit ameliyatlarından önce Sigortalı'ya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,
- g) 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),
- h) 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.),
- i) 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.

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

olan tetkik ve tedavilerin bir doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına tıbbi gereklilik olduğunu göstermez. Olası uyumsuzluklarda Sigortacı'nın Referans Doktor görüşü esas alınır.

Tazminata konu olan sağlık giderinin limit üstü, katılım payı ve/veya muafiyet tutarı olarak değerlendirilen bölümü için Sigortalı'ya ödeme yapılmaz. Ancak, sağlık gideri olarak gönderilen toplam fatura tutarından, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları dikkate alınarak, varsa kapsam dışı giderler çıkarıldıktan sonra onaylanan toplam tutar, kabul edilebilir sağlık gideri olarak değerlendirilir, varsa ilgili teminat limitinden düşülür.

Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında yapılan giderlerde tazminat ödemeleri, sigortaya başvuru aşamasında doldurulmuş başvuru formunda bildirilen banka hesabına, tazminat değerlendirmesi için gerekli tüm bilgi ve belgelerin Sigortacı'ya ulaştığı tarihten itibaren en geç 10 (on) iş günü içinde yapılacaktır. Bu hesabın artık kullanılmaması veya tazminat ödemesinin başka bir hesap numarasına yapılmasının istenmesi halinde, yeni hesap numarasının, Sigortacı'ya yazılı olarak bildirilmesi gerekmektedir.

Sigortacı'nın işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki haklarını kullanabilmesi bakımından, tazminat değerlendirmesi sonucunda ödeme veya ödememe kararını verdiği tarih esas olacaktır.

Sigortalı'nın oluşan sağlık giderine üçüncü şahısların neden olması halinde, Sigortacı Sigortalı'nın yerine geçerek ödediği tazminat tutarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

Anlaşmasız kurumda gerçekleşen ve tazminat ödemesine konu olan Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri kapsamındaki hizmetler poliçe kapsamı dışındadır.

İlave ücret alınmayan sağlık hizmetleri aşağıdaki gibidir (Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' değiştiği takdirde aşağıdaki listede değişecektir.);

- Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanseri tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yeni doğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve hücre nakilleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,

- Diyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri

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 yapabilmesine, sır niteliğindeki bilgileri öğrenebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dâhil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmesi görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde tüm sigortalılar ve sigorta ettiren hakkında toplayacağı her türlü bilgiyi, verebilmesini kabul ve beyan eder.

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 Sigortalı tarafından aksi yazılı olarak talep edilmedikçe Sigortacı, sona eren poliçeyi bitiş tarihi itibarıyla otomatik olarak 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 görülen durumlarda sağlık beyanını esas alarak yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu değişiklik 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 görüldüğü 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 verebilir. 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. Aynı planda kalmak süretiyle poliçesinin yenilenmesine karar verilen kişi için yenileme primi, aynı yaş ve cinsiyetteki ilk defa sigortalanacak sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 katını geçemez.

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 indirim 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 indirim 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 aralığındaki 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.

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.

15.2. SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

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

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

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

15.3.1. Sigorta Süresi

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.

15.3.2. Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

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 sigorta teminatı durur ve Sigortacı tarafından Sigorta Ettiren'in bilinen son adresine yazılı ihtar gönderir. Riskin gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren 15 gün içinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta feshedilmiş olur.

15.3.3. İptal ve Çıkış İşlemleri

15.3.3.1. Başlangıçtan İptal Hakkı

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.

15.3.3.2. Prim Ödenmemesi Sonucu İptal

Sigortalı ettiren, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Aynı şekilde, sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır.

15.3.3.3. 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 aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.

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

15.3.3.4. 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, Sigorta Ettiren, Sigortalı ile birlikte sorumludur.

15.3.3.5. 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 durumda 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.

SAĞLIK SIGORTASI GENEL ŞARTLARI

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.

Teminat Dışı Kalan Haller

Madde 2- Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

- a) Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile 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 Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla etkili 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) Polişe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında 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 nci maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanun'nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

Sigortanın Coğrafi Sınırı

Madde 4- Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

Madde 5- Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de sona erer.

Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken 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 hususlardan kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla 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 bir 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 tarafında iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebelluğ tarihin 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:
- e) Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,
- f) Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,
- g) 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.

Sigorta Süresi İçinde 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 yapmamasını 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 tebelluğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin 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.

Primin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

Madde 8- Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit en geç poliçenin tesliminde ve kalan taksitler poliçede belirtilen tarihlerde ödenir.

Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmeden sigortacının sorumluluğu başlamaz.

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

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, 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.

Bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir. Can sigortalarında indirimle ilişkin hükümler saklıdır.

Prim ödeme zamanı, miktarı ve primin ödenmemesinin sonuçları, poliçenin ön yüzüne yazılır.

Sigorta ücretinin kambiyo senetlerine bağlanması borcun niteliğini değiştirmediği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da halel getirmez.

Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri

Madde 9–

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halukarda 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 hekimden 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 kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkını 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) Kasden 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.

Masrafların Tesbiti

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 tesbit 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 hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tesbit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda 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.

c) Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem-bilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf 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.

d) Her iki taraf, üçüncü hakem-bilirkişinin 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.

e) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tesbit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

f) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tesbiti bakımından gerekli görecekları delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

g) 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 sigortacıya dava edilemez.

Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumdan 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.

h) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğerki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.

ı) Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.

i) 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.

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı

Madde 11- Sigortacı ödediği tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dahil tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir.

Sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacının açabileceği davaya veya takibine yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur.

Müşterek Sigorta

Madde 12- Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde, bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

Sırların Saklı Tutulması

Madde 13- Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık Kanunun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir.

Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla talep edilen bilgi ve belgelerin ihtiyaç ile uyumlu olması ve doğrudan bağının bulunması gerekmektedir.

Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez.

Sigortalı hakkındaki sırlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sırların saklı tutulmasından sorumludur.

Tebliğ ve İhbarlar

Madde 14- Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla 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.

Yetkili 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 Aşımı

Madde 16- Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

Özel Şartlar

Madde 17- Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klostara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.

Bilgilendirme Formu, Poliçe ve Katılım Sertifikası Verme Yükümlülüğü

Madde 18 –

A. Genel Hususlar

Sigortalılara bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şarttır.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası imza karşılığı verilir ve imzalı bir örneği şirkette saklanır.

Ancak; sigortacı ile sigortalıların fiziki olarak karşı karşıya gelmesinin söz konusu olmadığı hallerde veya işin mahiyetinin gerektirdiği durumlarda elektronik ortamda veya sigortalının erişimini mümkün kılan benzeri araçlarla bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilebilir.

Sigortalıların bilgi paylaşımına ilişkin yazılı onayı, imza karşılığı verilen bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası aracılığı ile temin edilemez ise teklifname veya izni gösterir bir muvafakatname veya benzeri başka bir yöntemle temin edilir.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının verildiğinin ve bilgi paylaşımına ilişkin onayın alındığının ispat yükümlülüğü Sigortacıya aittir.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının birer örneği Sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur.

B. Grup Sigortaları

En az on kişiden oluşan, sigorta ettiren tarafından, belirli kıstaslara göre kimlerden oluştuğunun belirlenebilmesi imkanı bulunan bir gruba dahil kişiler lehine, tek bir sözleşme ile sigorta yapılabilir. Sözleşmenin devamı sırasında gruba dahil herkes sigortadan, grup sigortası sözleşmesi sonuna kadar

yararlanır. Sözleşmenin yapılmasından sonra grubun on kişinin altına düşmesi sözleşmenin geçerliliğini etkilemez.

Bilgilendirme formu, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından önce; katılım sertifikası, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından itibaren on beş gün içinde verilir.

Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının verilebilmesi için sigortacı tarafından sigorta ettirenden sigortalılara ait iletişim bilgileri talep edilir. Sigorta ettiren, sigortacının bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı gösterir.

Ancak; sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigorta ettiren tarafından sigortacıya bildirilmemesi nedeniyle bu maddede bahsi geçen yükümlülüğün gereği gibi yerine getirilememesi durumunda Sigortacı sorumlu tutulamaz.

Sigortalıya ait iletişim bilgilerinin Sigortacı ile paylaşılmaması durumunda; Sigortacı, sigortalılara ait bilgilendirme formu ve katılım sertifikalarını sigortalılara verilmesini teminen bu maddede belirlenen usule uygun şekilde sigorta ettirene teslim eder. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği Sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur. Sigortacı, sigortalılara ait kişisel sayfaya erişim yöntemi hakkında sigorta ettireni bilgilendirir.

C. Aile Sigortaları

Aile bireylerinin dahil olduğu sözleşmelerde bağımlılar (eş, 18 yaşından küçük çocuklar ve bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler) için, aksi talep edilmedikçe, ayrı bir bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şartı aranmaz.