

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTA KONUSU ve KAPSAMI

1.1. Sigortacı, işbu sigorta ile, sigortalı ve/veya sigortalıların, sigorta sözleşmesi dönemi içerisinde sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde gerçekleşen tanı ve tedavilerine ait sağlık harcamalarını, Poliçe, Sağlık Sigortası Genel Şartları (“Genel Şartlar”) ve bunlara ek olarak kabul edilen işbu Özel Şartlar ile Sağlık Kurumları uygulama ilkelerine uygun hazırlanan Teminat Tablosundan (“Teminat Tablosu”) Poliçede yer alan teminatlar, limitler ve ödeme oranları dâhilinde T.C. sınırları içerisinde teminat altına alır.

1.2. Sigortacı, Sigorta Ettiren/Sigortalı tarafından eksiksiz doldurduğu soru formunda sağlık durumu ile ilgili verdiği tüm bilgileri esas alarak sigorta sözleşmesi/poliçeyi düzenlemiş ve sigorta teminatını vermiştir. Sigorta ettirenin/Sigortalının soru formunda yer alan beyanının gerçeğe aykırı ve eksik olması, varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut rahatsızlık/hastalıklarının olması veya sigorta sözleşmesi teminatlarının sigortalı tarafından yarar sağlama amacı ile kötü niyetle kullanılması halinde, Sigortacı poliçeden cayabilir, rahatsızlık/hastalıkları teminat kapsamı dışında bırakarak Sigorta Sözleşmesini devam ettirebilir veya prim farkını isteyebilir. Cayma halinde Sigortacı prime hak kazanır. Prim farkı istenmesi durumunda alınması gereken prim ile alınan prim arasındaki orana göre hasar eksik ödenebilir ya da tamamen reddedilebilir. Sigortacının bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı rahatsızlık ve/veya hastalıklar bir daha teminat kapsamına dâhil edilmez.

2. TANIMLAR

2.1. BEKLEME SÜRESİ

Sigorta Sözleşmesi kapsamında Sigorta Ettiren/Sigortalının beyan edip etmediğine bakılmaksızın işbu Özel Şartlar ve/veya Poliçede belirtilen rahatsızlıklar, ilk tanı giderleri hariç, her türlü tanı ve tedavi için sigorta teminatının işlemediği ve Sigorta Sözleşmesi/Poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süre anlamında olacaktır.

2.2. SAĞLIK HARCAMALARI

Sigorta Sözleşmesi kapsamında, Poliçe Süresinde risk ve tanı ve/veya tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi sonrasında, tıbbi gereklilik koşulunu sağlayan ve Doktor tarafından yazılı olarak planlanan tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait fatura veya fatura yerine geçen (sayman mutemet alındısı, fiş vb.) her türlü belge asıllarına konu giderler anlamında olacaktır.

2.3. SAĞLIK KURUMU /KURUM

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık mevzuatı dâhil ilgili mevzuat gereğince ruhsatlandırılıp denetlenen, özel sektör veya kamu kurum ve kuruluşlarına ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetini veren Poliçe eki Anlaşmalı Kurum güncel listesi ve/veya Teminat Tablosunda listelenen hastane, poliklinik, doktor, tanı merkezi, laboratuvar, eczane vb. gerçek ve/veya tüzel kişi ve/veya kurumlardır.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

2.3.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU

Sigortacı ile imzaladığı sözleşme kapsamında Sigortalılara sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve buna bağlı Sigortacı'nın sigorta hasar süreçlerinin yönetiminde özel şartlar, kolaylık ve destek temin eden ve Sigortacı'nın ön onay ve/veya onayıyla kullanılabilen Sağlık Kurumu ile faturalarında yer almak şartıyla Kurum bünyesinde hizmet veren ve Sigortacı'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul eden kadrolu doktorları ifade eder.

Anlaşmalı Kurumlar, Sigortacı tarafından sürekli olarak güncellenebilmekte ve/veya değiştirilebilmekte olduğundan, Sigorta Sözleşmesi/Poliçe Süresince, Sigorta Ettiren/Sigortalı tarafından Anlaşmalı Kurum güncel listesine Sigortacı'nın www.hdisigorta.com.tr adresinden ulaşılmak suretiyle kontrol edilmelidir.

Sigortacı tarafından bir Sağlık Kurumu'nun Anlaşmalı Kurum olarak tayin edilmesi, bu Sağlık Kurumu ile her ne şekilde olursa olsun irtibatı olan tüm doktorların da kendiliğinden Anlaşmalı Kurumların sahip olduğu hak ve imkânlardan faydalanacağı anlamına gelmez. Sigortacının, tamamıyla kendi takdirinde olmak üzere herhangi bir zamanda Anlaşmalı Kurum'un herhangi bir doktorunu Anlaşmalı Kurum kapsamı dışında tutabilme hakkı saklıdır.

Anlaşmalı Kurumlar bünyesinde yer alan kadrolu/sözleşmeli doktorların, kadrolu/sözleşmeli durumunun sona ermesi veya kabul etmemesi durumunda, bu doktorların bu sıfatlarının sona ermesinden önce başlanmış ve devam etmekte olan işlemleri için, ilgili Kurumun anlaşma oranlarında değerlendirilecek olup, anlaşmasız doktor katsayıları uygulanmayacaktır.

Bir Sağlık Kurumunun, Anlaşmalı Kurumlar Listesinde yer alması hiçbir şekilde anılan Sağlık Kurumunun, doktorlarının ve/veya yardımcı şahıslarının fiil ve hareketleri ile bunlar tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dâhil tüm hizmetlerinin Sigortacı tarafından garanti edildiği anlamına gelmez.

Anlaşmalı Sağlık Kurumları, Sigortacı ile olan anlaşmaları ve Sigorta Ettiren/Sigortalılara farklı Poliçelerde sağladıkları farklı avantaj ve hizmetlere göre, Sigortacı tarafından "Anlaşmalı Kurum Güncel Listesi ve Teminat Tablosu"nda gruplandırılır. Buna göre seçilecek Poliçe için özel, tam ya da kısmi olarak geçerli olacak Anlaşmalı Sağlık Kurum'ları bulunacaktır. Farklı Sigorta Ettiren/Sigortalı için en doğru Anlaşmalı Kurumun seçimi için "Anlaşmalı Kurum Güncel Listesi ve Teminat Tablosu"na bakılmalıdır.

"Anlaşmalı Kurum Güncel Listesi ve Teminat Tablosu" poliçenin ayrılmaz parçası olup birlikte hüküm ifade eder.

2.3.2. ANLAŞMASIZ KURUMLAR

Sigortacı'nın web sitesinde yer alan "Anlaşmalı Kurumlar Listesi"nde bulunmayan veya bu listede bulunduğu halde, Poliçe ve/veya Teminat Tablosunda yer alan teminat yapısına göre "Anlaşmalı Sağlık Kurumu" olarak kabul edilmeyecek sağlık kurumu ile faturalarında yer alsa ve bu kurum bünyesinde hizmet verse dahi, Sigortacı'nın

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Anlaşmalı Sağlık Kurumu ile yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul etmeyen kadrolu ya da kadrosuz doktorları ifade eder.

Anlaşmasız Kurumlarda veya Sigortacı tarafından doğrudan ödeme öngören bir sözleşme olsa dahi ilgili Poliçe için Anlaşmalı Sağlık Kurumu kabul edilmeyen kısmi Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık harcamaları, Acil Tıbbi Durumlar dâhil olmak üzere, Teminat Tablosunda yer alan ilgili Kurum/Doktor limiti ve teminat oranları ile sınırlıdır. Anlaşmalı Sağlık Kurumu olmakla birlikte, sağlık harcamalarının talep edildiği olayda ön onay ve/veya onay alınmaksızın yapılan işlemler için de Anlaşmasız Kurum limit ve teminat oranları uygulanır.

2.4. DOKTOR/LAR

Yerli veya yabancı tıp fakültesinden mezun olup doktorluk mesleğini yürüttüğü ülke/ülkelerin mevzuatı uyarınca tıp sanatını icra etmeye yetkili kılınmış kişilerdir.

2.5. HASTALIK

Tıbbi bir tanı, tedavi, takip veya girişim gerektiren ve bir doktor tarafından teşhis edilen; fiziksel, psikolojik, sistem ya da organ fonksiyonlarının bozulması halidir.

2.6. RAHATSIZLIK

Bir kişinin Doktora başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal fiziksel ya da psikolojik durum veya belirtidir.

2.7. TIBBİ ACİL DURUMLAR

Ani gelişen, hayatı tehdit eden ve işbu özel şartların 5.4. maddesinde Acil Yardım Hizmeti bölümünde listelenmiş “hastalık, kaza ve yaralanmaları” ifade eder. Olayın meydana gelmesini takip eden en erken dönemde, en yakın sağlık kurumuna başvurulmasını gerektiren, ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kurumuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Ancak tıbben acil bir durum olsa dahi, Poliçe için anlaşmalı sayılmayan kurumlardaki ödeme oranı, diğer teminatlar gibi değerlendirilir ve “Anlaşmalı Kurum Güncel Listesi ve Teminat Tablosu”nda belirtildiği şekilde uygulanır.

İşbu özel şartların 5.4. maddesinde öngörülmemeyen hallerde, Sigortalı'nın sağlık durumunun aciliyet teşkil edip etmediği, ayrıca Sigortacı'nın kabul ve onayına tabidir.

2.8. TIBBİ GEREKLİLİK

Yerli veya yabancı otoritelerden (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi ("FDA"), Avrupa Birliği normlarına uygunluk ("CE"), tıp fakültelerinin ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı) en az birisi tarafından kabul görmüş tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine ve kabullere göre, doktor tarafından ilgili hastalık ve/veya rahatsızlık için yapılacak tıbbi uygulamanın, hastalığın ve/veya rahatsızlığın tanı ve/veya tedavisi için ilgili, etkili ve gerekli olmasıdır. Tanı ve/veya tedaviyi üstlenen dâhil herhangi bir Doktor tarafından “tıbbi gereklilik” kararı verilmiş olması, tek başına işbu Sigorta Sözleşmesi anlamında tıbbi gerekliliğin oluştuğunu

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

göstermez, bu konuda Sigortacı tarafından tayin edilen doktor tarafından bu tıbbi gerekliliğin onaylanması gerekir.

2.9. DENEYSEL VE ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ

Sigortalıya uygulandığı tarihte aşağıdaki maddelerden bir ya da daha fazlasının geçerli olduğu işlem/gereçleri ifade eder:

2.9.1. Haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışma yayınlanmamış işlem veya gereçler,

2.9.2. Yerli veya yabancı otoritelerden (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi ("FDA"), Avrupa normlarına uygunluk ("CE"), tıp fakültelerinin ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı) en az birisi tarafından kabul görmüş olmayan işlem veya gereçler,

2.9.3. Haklarında tıbbi cemiyet veya otoritelerin deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem veya gereç üzerinde bir başka kişi veya kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen işlem veya gereçler.

2.9.4. İnsan kaynaklı ve embriyonik kök hücre tedavisi, Sağlık Bakanlığı Bilimsel Kurulu tarafından onaylı olmayan ve ruhsatlandırılmamış merkezlerde yapılan, etkinliği klinik ve deneysel çalışmalarının tamamlanmamış, sonuçlarının hakemli bilimsel bir dergide yayınlanmayan işlem veya gereçler.

2.9.5. Sigortacı tarafından herhangi bir rahatsızlık/hastalık olmadan araştırma, kontrol (check-up gibi) amacıyla uygulandığına karar verilmiş işlemler.

2.10. PRİM

2.10.1. TARİFE PRİMİ

Sigortacı'nın hem toplam ve hem de ilgili sigorta sözleşmesi özelinde yapmış olduğu hasar ödemeleri ile tarifelerin hazırlanması, sigorta sözleşmelerinin düzenlenmesi, tarife primlerinin tahsil edilmesi, personel ve ilgili diğer giderler, sigorta aracılara aracılık faaliyetleri dolayısıyla ödenen miktarlar veya Sigortacı tarafından yapılan istihsal harcamalarını da dikkate alarak aktüeryal prensipler doğrultusunda; her dönem, yaş ve cinsiyet için Sigortacı tarafından belirlenecek primi ifade eder.

2.10.2. HASAR EK PRİMİ

Sigortalının, bir önceki poliçe döneminde poliçe/sigorta sözleşmesi konu ve kapsamında oluşan hasar toplamının, prime oranı doğrultusunda, yenilenmesi halinde yeni dönem sigorta sözleşmesi/poliçe primine eklenen prim tutarıdır. 23 Nisan 2014'den sonra ilk defa sigortalanan kişilere, Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildikten sonraki dönemde oluşacak hasar prim oranına bağlı ek prim uygulanmayacaktır. Bu durumda geçerli olan tablo Madde 9.1.2 de yer almaktadır.

2.10.3. HASTALIK EK PRİMİ

Sigorta sözleşmesinden önce var olan veya Poliçe süresi içerisinde ortaya çıkan sağlık risklerinin değerlendirilmesi sonucunda, sigortalının rahatsızlık/hastalıklarını teminat altına almak amacı ile Sigortacı tarafından belirlenen oranda yenilenen poliçe/sigorta sözleşmesinin primine eklenen prim tutarıdır.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Tarife Priminde ilgili yaş ve cinsiyet için tanımlanmış prime eklenerek her bir Sigortalının kişisel primini belirleyecek ilk ölçüt; Hastalık Ek Primi'dir. Tıbbi risk değerlendirilmesinin yapıldığı; sigortaya yeni başvuru, sigorta sözleşmesinin yenilenmesi, Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmesi, iptal olmuş sigorta sözleşmesinin açılması, teminat artırılması dönemlerinde, hastalık ek primi belirlenir ve tarife primine eklenir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş sigortadan menfaat sağlayanların hastalık ek primi, sonraki yıllarda yenileme tarife primine otomatik olarak aynı oranda eklenir.

Hastalık Ek Primi; her bir rahatsızlık için kişi bazlı tarife priminin %10'undan başlayarak, toplamda %200'ü oranında olmak üzere belirlenmiştir. Diğer indirim ve ek primler, bu şekilde hesaplanan sigortadan menfaat sağlayan kişi primine sıra ile ve kalan prime çarpan olarak uygulanır.

2.11. RİSK

Tarafların isteği ve kontrolü dışında oluşan, gelecekte ortaya çıkması ihtimali bulunan ani ve beklenmedik bir olaydır.

2.12. SİGORTACI

HDI SİGORTA A.Ş.'yi ifade eder.

2.13. SİGORTA ETTİREN

Sigorta sözleşmesini yapan ve sigorta sözleşmesinden doğan borç ve yükümlülükleri yerine getirmesi gereken özel/tüzel kişidir.

2.14. SİGORTALI/SİGORTALILAR

Sigortacı tarafından Poliçe üzerinde farklı bir şekilde kabul edilmedikçe, Sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan risk gerçekleştiğinde sağlık harcamalarını talep etme hakkı bulunan ve Türkiye'de ikamet eden gerçek kişilerdir. Sigorta Sözleşmesi/Poliçe başlangıcında ve süresince kanuni ikametgâhın Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde olması gerekir.

2.15. EŞ

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu anlamında Sigortalı ile evli olan kişi anlamına gelir.

2.16. ÇOCUK/ÇOCUKLAR

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu anlamında Sigortalının velayeti altındaki çocuklarıdır.

2.17. AİLE

İşbu Sigorta Sözleşmesi/özel şartlar bakımından 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu anlamında anne, baba, eş, çocuklar, büyük anne ve büyük babalarla sınırlı olarak kan ve sıhrî akrabalık ilişkisini ifade eder.

2.18. POLİÇE

Sigortacı tarafından imzalanarak sigortalıya/sigorta ettirene verilen, tarafların sigorta sözleşmesinden doğan hak, yükümlülük ve borçlarını gösteren yazılı ispat vasıtasını ifade eder.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

2.19. MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK

Sigorta sözleşmesi/Police başlangıç tarihinden önce teşhis edilmiş olsun ya da olmasın ve/veya diğer bir sigorta sözleşmesi kapsamında beyan edilmiş olsun veya olmasın, Sigorta sözleşmesi/Police başlangıç tarihinden önce Sigortalının ilaç, tavsiye ya da tedavi aldığı veya Sigortalının belirtilerini yaşamakta olduğu ya da farkında olduğu herhangi bir hastalık, rahatsızlık ya da yaralanmadır.

2.20. MUAFİYET

Sigorta Sözleşmesinde muafiyet belirlenebilir. Muafiyet, sigortacının sigorta sözleşmesi çerçevesinde sorumlu olmayacağı ve Sigortalı'nın sorumluluğunda kalan ve Sigortalı tarafından üstlenilmek durumunda olan tazminat tutarını ifade eder. Talep edilen tazminat miktarı, sigorta sözleşmesinde belirlenen muafiyet miktarının altında kalıyorsa, Sigortacı tarafından herhangi bir tazminat ödemesi yapılmaz. Sigortacı, hasarın, policede yazılı muafiyet miktarını aşan kısmından sorumludur. Muafiyet, yüzde (%) veya para cinsinden (TL veya farklı para birimleri) olarak belirlenebilir.

2.21. HASAR

Sigorta sözleşmesi/Police süresi içinde sigorta konusu bedelin ödenmesini gerektirecek hastalık ve/veya rahatsızlık ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanma ve neticesi teşhis/tanı için yaptığı sağlık harcamalarını ifade eder.

2.22. TEMİNATLAR

Sigortacının, Sigorta Sözleşmesi/Police çerçevesinde sigortalıya verdiği sigorta konusu teminatları ifade eder. Sigorta Sözleşmesi yürürlüğe girdikten sonra ve tarafların karşılıklı mutabakatı olmadan teminatlar değiştirilemez. Sigortacı'nın, Sigorta Ettiren'in beyan yükümlülüğünü ihlal etmesinden doğan hakları saklıdır.

2.23. KATILIM PAYI

Sigorta sözleşmesi/Police ekinde yer alan Teminat Tablosu kapsamında sigorta teminat limitlerinin belirli bir yüzdesi ile ifade edilen ve Hasarın Sigorta Ettiren/Sigortalı(lar) tarafından karşılanması gereken kısmını ifade eder.

2.24. ZEYİLNAME

Polichenin düzenlenmesinden sonra ortaya çıkan ve sigortacının üstlendiği riskin, nitelik veya büyüklüğünü değiştiren herhangi bir durum nedeniyle Policeye ek olarak düzenlenmiş ve aynı yasal yetkiye sahip yazılı belgeyi ifade eder.

2.25. TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ (TTB) ÜCRET TARİFESİ

TTB'nin Merkez Konseyi tarafından, yayınlanmış ve sağlık alanında uygulanan tüm işlemlerin asgari ücretlerinin belirlenmiş olduğu tarife listesidir.

2.26. TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ (TTB) KATSAYISI

Belirli dönemlerde Tabip odaları tarafından açıklanan ve yukarıda tarifesi yapılan birimlerle çarpım sureti ile sağlık alanında uygulanan işlemlerin asgari ücretini belirlemeye yarayan katsayıdır.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

2.27. SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (SUT)

Sosyal Güvenlik Kurumunca sağlık harcamalarının fiyatlandırılması için Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen tarife sistemidir.

2.28. GENEL TARİFE

Sigortacı tarafından hazırlanan sağlık sigortası ürünü için Hazine Müsteşarlığından onay alınmak suretiyle uygulamaya konulan standart teknik uygulama usul ve esaslarını ifade eder.

2.29. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Sigorta Ettiren/Sigortalının sigorta ücreti/primini düzenli ödemesi ve poliçelerini düzenli yenilemesi kayıt ve şartıyla, Sigortacının, risk kabul uygulamaları doğrultusunda son bir kez yapacağı risk değerlendirme sonucunda, Sigortacı tarafından öngörülen asgari süre boyunca sağlık sigortasına sahip olmuş Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın hayatı boyunca sağlık poliçesini, yenileme tarihinde geçerli özel ve genel şartlardaki hüküm ve koşullarla ve ayrıca bir risk değerlendirmesine tabi kılmaksızın yenilemeyi garanti ettiği tek taraflı taahhüdünü ifade eder.

3. ANA TEMİNATLAR

3.1. YATARAK TEDAVİLER

Sigortalının hastalıklarının tedavisi için, hastanedeki yatış-çıkış dönemi içindeki doktor, özellikli tıbbi malzemeler, yapay uzuv, yatak, refakatçi, yoğun bakım hizmetleri, ilaç veya tedavi için kullanımı zorunlu diğer tıbbi malzemelere ait her türlü sağlık harcama kalemleri, Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde yatarak tedavi teminatları kapsamında karşılanır. Yatarak tedavi sonrası uygulanan evde bakım ve fizik tedavi ve rehabilitasyon da bu teminatın kapsamındadır.

Her türlü alet kullanım veya kiralama giderleri, farklı tanımlar altında alınan oda kullanım ücretleri ödenmez.

3.1.1. HASTANEDE YATARAK TEDAVİLER

Anlaşmalı Kurumlara verilen yatış onayları sigorta sözleşmesinin yürürlükte olması kaydıyla 7 gün geçerlidir. Belirtilen sürenin dolmasından sonra ilgili provizyon geçersiz olacağından tekrar başvuru yapılması gerekmektedir. Hastanede yatarak tedavi devam ettiği süre boyunca, her 7 günlük sürenin sonunda ve tanı ve tedavinin değişmesi, cerrahi gereklilik durumunda sigortacıdan tekrar onay alınması gerekmektedir.

3.1.1.1. CERRAHI /GİRİŞİMSSEL TEDAVİLER

Sigortalının tıbben cerrahi/girişimsel tedaviler tanımına giren sağlık harcamaları, doktor raporu ile belgelenmesi kaydıyla, sigorta sözleşmesi konu ve kapsamına göre ödenir. TTB ücret tarifesine göre, yapılacak işlemin veya işlemlerden herhangi birinin 150 birimin üstünde olması gerekmektedir.

Aynı seansta, aynı ve/veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışında kalan bir tedavinin bulunması durumunda, toplam fatura bedeli TTB ücret tarifesine göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Ödenmeyen

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

işlemin farklı bir ödenen işlem ile TTB birimleri aynı olması durumunda toplam puan hesaplanırken, ameliyata konu olan her işlemin orijinal TTB birimleri toplanır. Toplam birim üzerinden reddedilecek işlem ve/veya işlemler oranlanarak reddedilir.

Teminat dışı kalan veya kabul edilemeyen bir ameliyat olmaması durumunda ise, TTB ücret tarifesi genel ilkelerine göre TTB birimleri üzerinden hesaplama yapılır.

Çoklu cerrahi tedavilerde, Sigortacı'dan talep edilen işlemlerin ödeme kapsamında olup olmadığına bakılmaksızın, yapılan işlemlerden en büyük dört tanesi değerlendirmeye alınır. Taraf (sağ-sol gibi), bölge (bel-boyun gibi), ek seviye, mesafe, ilave işlem veya farklı branş ekipleri tarafından yapılması önem teşkil etmeyecek, her şekilde ve sırayla en büyük dört işlemin TTB tarifesi genel ilkelerine göre hesaplanması dikkate alınacaktır.

3.1.1.2. MEDİKAL TEDAVİLER

Tedavinin, ameliyat olmadan hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda ve doktor ve/veya hastane raporları yoluyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatarak yapılacak sağlık harcamaları Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminat kapsamında karşılanır. Sigortalı yoğun bakımda kaldığı sürece ayrıca oda ve refakatçi ücreti ödenmez. Tetkik amaçlı yatışlar bu teminat kapsamı dışındadır.

3.1.2. KÜÇÜK CERRAHİ TEMİNATI

Yatarak ve ayakta yapılmasına ve anestezinin türüne bakılmaksızın, TTB ücret tarifesinde 150 birimin altında olan cerrahi girişimler (bir cilt/doku kesisi yapılarak uygulanan tedaviler) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biyopsi işlemlerine ait sağlık harcamalarıdır.

Bu teminat kapsamında yer alan rahatsızlık/hastalıklarla ilgili olan; işlem öncesinde, sırasında veya sonrasında yapılan her türlü muayene, laboratuvar, radyoloji (kırıklarda direkt grafiler hariç) gibi tetkikler ve/veya ilaçlar ödenmez. Bu işlemler, varsa, ilgili ayakta tedavi teminatından değerlendirmeye alınır.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans, termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon gibi) ağrı tedavilerine ait sağlık harcamaları, yapılan işlemin TTB ücret tarifesindeki birimine, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın yine bu teminat kapsamında karşılanır.

Aynı seansta, aynı ve/veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışında kalan bir tedavinin bulunması durumunda, toplam fatura bedeli TTB ücret tarifesine göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Ödenmeyen işlemin farklı bir ödenen işlem ile TTB birimleri aynı olması durumunda total puan hesaplanırken, ameliyata konu olan her işlemin orijinal TTB birimleri toplanır. Toplam birim üzerinden reddedilecek işlem ve/veya işlemler oranlanarak reddedilir.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Çoklu cerrahi işlemlerde Sigortacı'dan talep edilen işlemlerin ödeme kapsamında olup olmadığına bakılmaksızın, yapılan işlemlerden en büyük dört tanesi değerlendirmeye alınır. Taraf (sağ-sol gibi), bölge (bel-boyun gibi), ek seviye, mesafe, ilave işlem veya farklı branş ekipleri tarafından yapılması önem teşkil etmeyecek, her şekilde ve sırayla en büyük dört işlemin TTB tarifesi genel ilkelerine göre hesaplanması dikkate alınacaktır.

Bu teminatın kapsamındaki işlemlerin uygulanması sırasında ayrıca anestezi, ameliyathane ve/veya oda ücretinin karşılanması Sigortacı'nın ön onayına tabidir.

3.1.3. ACİL TEDAVİ

Acil Tedavi kapsamında olan sağlık harcamaları, işbu özel şartların 5.4. maddesinde "Acil Yardım Hizmeti" bölümünde acil durumlar olarak tanımlanan durumlardır. Talep edilen hasarlar, Sigorta Sözleşmesi/poliçe süresi içinde, teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır. Bu teminat, ilk yardım, müdahale ve tedavi işlemlerini kapsar.

Bu teminat kapsamında yer alan işlemlerle ilgili olsa dahi; işlem öncesinde, sırasında veya sonrasında yapılan her türlü muayene, konsültasyon, laboratuvar, radyoloji (kırıklarda direkt grafiler hariç), ileri tanı yöntemleri gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar ödenmez. Bu işlemler, varsa, ilgili ayakta tedavi teminatından değerlendirmeye alınır.

Adı geçen sağlık harcamalarının "Acil Tedavi Teminatı"nın limitini aşması durumunda, varsa "Özellikli Tanı ve Tedavi Teminatları" kapsamı ve şartlarında karşılanır.

3.2. KEMOTERAPİ-RADYOTERAPİ-DİYALİZ

Sigortacı tarafından kabul edilen hastalıklar için yapılan, kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz masrafları sigorta konusu kapsamında bu teminattan ödenecektir. Hastalık ve bu tedavilerin kontrol, takip sürecinde yapılan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile sağlık harcamaları, Sigorta Sözleşmesi/poliçe süresi içinde, teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde öncelikle "kemoterapi, radyoterapi, diyaliz için tetkik" teminatı kapsamında karşılanır.

3.2.1. KEMOTERAPİ, RADYOTERAPİ, DİYALİZ TETKİK

Sigortacı tarafından kabul edilen hastalıklar için (ayakta veya hastanede yatarak) yapılan kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması ve takibi için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler, Sigorta Sözleşmesi/poliçe süresi içinde, teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır.

Tıp literatüründe kabul görmeyen ve tedaviye katkısı olmayan, Tıbbi Gereklilik tanımını karşılamayan ve/veya Deneysel Aşamada olan, tarama amaçlı her türlü tetkik ve tedavi kapsam dışındadır.

Tetkiklere ait sağlık harcamalarının bu teminat limitini aşması durumunda, sigortalının isteğe bağlı teminatları var ise, ilgili tedavi teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

3.3. HASTANE ODA, YOĞUN BAKIM, REFAKAT GİDERLERİ

Sigortalının yatarak tedavi gördüğü sağlık kurumunda yattığı her 24 saat için, yatış sebebini belirten tıbbi bir raporun eklenmesi şartı ile hastane oda ve refakat giderleri, Sigorta Sözleşmesi/poliçe süresi içinde, teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır.

Normal oda yatışı 1 gün, yoğun bakım/kuvöz yatışı ise 2 gün üzerinden hesaplanarak sigorta sözleşmesi toplam yatış süresinden düşülür.

Hastanede kişi başı kalış gün süresi, sigorta sözleşmesi yılı süresince toplam 180 gün, yoğun bakımda ise 90 gün ile sınırlıdır.

Sigorta sözleşmesinin kesintisiz devam etmesi şartıyla, hastanede yatış süresi tüm sigortalılık süresince toplam 540 gün ile sınırlıdır.

Sigortalı yoğun bakımda kaldığı sürece ayrıca normal oda ve refakat ücreti ödenmeyecektir. Suit ve lüks oda fark ücretleri kapsam dışındadır.

3.4. ÖZELLİKLİ TIBBİ MALZEMELER

Sigortalının sözleşme konu ve kapsamına giren ameliyatlar için gerekebilecek canlı ya da kadavradan alınan doku ve plak, vida, çivi, tel, fixatör, stent, ventilasyon tüpü, şant, suni damar, greft, multi fokal hariç göz içi lens (IOL), port gibi implante edilen inorganik malzemeler Sigorta Sözleşmesi/poliçe süresi içinde, teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır.

Poliçe için tam olarak geçerli olan Anlaşmalı Kurumlar dışında kısmi anlaşmalı veya anlaşmasız kurumlarda yapılacak işlemlerin tıbbi malzeme ödemelerinde SUT fiyatları üzerinden, bu listelerde bulunmayan malzemeler ise piyasa araştırması yapılarak (malzemenin markası dikkate alınarak) ödeme değerlendirmesi yapılır. Sağlık kurumu tarafından kullanılan bu malzemelerin barkod ve stickerı, SUT kodu dosya ekinde olmalıdır.

3.5. YATIŞ SONRASI FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Sigortalının, sigorta sözleşmesi kapsamında yatarak tedavi ya da ameliyat gerektiren hastalık, sakatlanma veya yaralanmanın ardından, yitirdiği fonksiyonlarının normale dönüştürülebilmesi veya kısmen de olsa iyileştirilebilmesi için uygulanan tıbben gerekli fizik tedavi ile ilgili giderleri kapsar. İlgili teminat, taburcu olma tarihini takiben başlar ve en fazla 60 gün geçerlidir.

Fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor eşliğinde işlemlerin, yatarak veya ayakta gerçekleşmesine bakılmaksızın, Sigortacı tarafından onaylanması koşulu ile poliçede belirtilen yıllık TTB seans limiti ve ödeme oranı çerçevesinde karşılanır.

TTB Ücret tarifesinde fizik tedavi bölümünde yer almayan tedaviler ödenmeyecektir. Birden fazla vücut bölgesine fizik tedavi uygulanması durumunda, her bölge bir seans kabul edilir.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

3.6. EVDE BAKIM

Sigortalının anlaşmalı kurumda kabul edilen yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için, sigortacının önceden belirtmiş olduğu sağlık kurumlarında görevli tıbbi personel tarafından yapılan, evde tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin giderler, Sigorta Sözleşmesi/poliçe süresi içinde, teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır.

Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için tedavi eden doktorun, tedavinin bir sağlık personeli eşliğinde sürdürülmesini öngörmesi, evde bakım gerçekleşmeden önce bir raporla planlanan tedavinin ve süresinin sigortacıya bildirilmesi ve sigortacı tarafından onaylanması gereklidir. Evde bakım süresi, bir sigorta yılı içinde devamlı ya da aralıklı olarak toplam 2(iki) ayı geçemez.

Bakım ve tedavi sırasında kullanılan basit ve bir defalık kullanılan tıbbi sarf malzemeleri dışında kalan elektrikli ve mekanik tıbbi cihazlara (solunum cihazı, havalı yatak, çok fonksiyonlu hasta karyolası, oksijen tüpü, oksijen konsantratörü, monitörler, uzaktan takip cihazları, serum-ilaç pompaları, pump cihazları vb.) ait kiralama ya da satın alma giderleri teminat kapsamında değildir.

3.7. YAPAY UZUV

Sigortalının sözleşme süresi içinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu işlev kaybına uğramış bir organının işlevlerini yerine koymak amacıyla takılan ve estetik amaçlı olmayan, yapay uzuv (suni el, kol, bacak ve ayak gibi), meme kanseri sonrası uygulanan protezler, kalp pili, ICD, koklear implantlar ve vücut içi pompalar; gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi ve sigortacı tarafından onaylanması koşulu ile Sigorta Sözleşmesi/poliçe süresi içinde, teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde teminat kapsamındadır.

Yapay uzuv teminatı sadece kullanılan malzemeye ve ömür boyu bir defaya mahsustur.

3.8. ORGAN ve DOKU NAKLİ

Sigortalının yaşamını sürdürmek için tedavisinin doku veya organ nakli ile mümkün olduğu durumları kapsar. Sağlık Bakanlığından ruhsatlı Organ ve Doku Nakli Merkezlerinde olması koşulu ile usul ve esaslara uygun yapılacak her türlü tedavinin (karaciğer, böbrek, kalp, göz, pankreas adacık hücresi ve kök hücresi nakli) tıbbi heyet raporu ile belgelenmesi ve sigortacı tarafından Sigorta Sözleşmesi/poliçe süresi içinde, teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde ödenecektir.

Mevcut medikal veya cerrahi tedavi yöntemleri ile tedavisi başarısız olmuş hastalarda; klinik amaçlı - insan kaynaklı - embriyonik kök hücre tedavisi, Sağlık Bakanlığı Bilimsel Kurulu tarafından onaylı ve ruhsatlandırılmış merkezlerde yapılması, etkinliğinin klinik ve deneysel çalışmalarla kanıtlanması ve sonuçlarının hakemli kabul gören bilimsel bir dergide yayınlanması şartı ile geçerlidir.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

3.8.1. ORGAN-DOKU NAKLİ VERİCİ MASRAFLARI

Sigortacı tarafından kabul edilen organ ve doku nakilleri için ayakta veya hastanede yatarak yapılmasına bakılmaksızın verici sağlık harcamaları, Sigorta Sözleşmesi/poliçe süresi içinde, teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır.

Sigortalı doku ve organ nakil işlemlerinin gerçekleştirilememesi durumunun ilgili tıbbi heyet tarafından raporlanması durumunda uygunluğu Sigortacı tarafından değerlendirilecektir.

3.9. EK KORUMA KLOZU

Nazal septum deviasyonu (*burun kemiği eğriliği*), nazal valv cerrahisi (*burun kapakçık cerrahisi*), arteriovenöz malformasyon (*atar ve toplardamarların bağlantı bozuklukları*), hemanjiom tedavileri (*kan damarlarından köken alan tümör tedavileri*), varikozel (*erkek yumurtalıklarındaki toplayıcı damarlarının genişlemesi veya şişmesi*), endometriozis ve adhezyolizis cerrahisi (*rahim içi dokunun rahim dışına yerleşmesi ve taşarak yapışıklık yapması ve bu yapışıklıkların açılması için gereken cerrahi işlemler*), retraktıl testis (*içeriye doğru kaçan erkek yumurtalığı*), asendan testis (*yukarıya doğru kaçan erkek yumurtalığı*), spermatosel (*erkek yumurtalıklarındaki toplayıcı erkek üreme kanallarının genişlemesi veya şişmesi*), hidrosel (*erkek yumurtalıklarındaki sıvı içerikli keseleşme*), vezikoüretal reflü (VUR) (*İdrarın idrar torbasından idrar kanallarına doğru geri kaçması*), kordon kisti ve epididim kistleri (*erkek yumurtalıklarındaki dokularda keseleşme*), meckel divertikülü (*İnce barsak duvarında doğuştan bulunan kör keseleşme*), doğumsal kardiyomiyopati (*Doğuştan olan kalp kası hastalığı*), hallux valgus/varus/rijitus (*Ayak ve ayak parmak bölgesindeki doğuştan olan içe veya dışa doğru dönük kemik şekil veya yapı bozuklukları*), pes planus (*düz tabanlık*) hastalıkları için yapılacak cerrahi/girişimsel işlemlerin ilk tedavileri, bir defaya mahsus olmak üzere ve her bir durum için sadece HDI'in önceden belirteceği Özel Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda geçerli olmak koşuluyla, Sigorta Sözleşmesi/poliçe süresi içinde, teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır. Bu tedavilerin kontrol, komplikasyon ve nüks masrafları teminat kapsamında değildir.

Sigortalının Sigortacı'da kesintisiz 4 (dört) tam sigorta sözleşmesi/poliçe yılını doldurması, sigortalının bu hastalıklarla ilgili olarak 4 yılın sonuna kadar hiçbir şikâyet veya belirti göstermemiş, tanı konmamış olması, 4 yıldan sonra ilk kez ortaya çıkması ve 4 (dört) poliçe yılının Hasar/Prim oranı aritmetik ortalamasının %60'ın altında kalması durumunda sigortalı bu teminata hak kazanır.

Yenileme dönemlerinde yapılan risk değerlendirmeleri ile ilgili hastalıklara ek prim uygulanmış ise sigorta sözleşme konusu ve kapsamında ilgili teminatlardan ödenir. Eğer istisna uygulanmış ise bu teminat tamamen geçersiz olacaktır.

3.10. TRAFİK KAZASI SONRASI DIŞ TEDAVİSİ

Sigortalının trafik kazası sonucu dış ve çene cerrahisi tedavisi ile ilgili giderleri, sağlık kurumlarında ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli dış doktorlarınca yapılması

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

halinde, Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan ödenir.

Kaza sonucu hasar gören dişlerin her türlü tedavi giderleri (diş ve diş eti cerrahisi dâhil) diğer teminatların kapsamına girmez. Kaza sonucu meydana gelen diş rahatsızlıklarının tedavi giderlerinin ödenebilmesi için, sigortalının kazayı takip eden 90 gün içinde tedavisini yaptırmış olması gerekmektedir.

Kazaen diş tedavisi giderlerinin ödenebilmesi için, trafik kaza raporunun ve dişlerin ve/veya çenenin hasar gördüğüne dair adli raporun fatura ile birlikte ibraz edilmesi gerekmektedir. Trafik kazası sonucu dişlerin uğradığı hasarların giderilmesi dışındaki diş tedavilerine ait giderler ödenmez. Anlaşmasız Kurumların dışında gerçekleşen diş tedavi giderleri, Diş Hekimleri Birliği asgari ücret tarifesi ile sınırlıdır.

3.11. YURT DIŞI ZORUNLU TEDAVİ TEMİNATI

3.11.1. YURT DIŞI YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

Rahatsızlık/hastalıkların tedavisi için gerekli tıbbi teknoloji ve imkânlar kapsamında diğer kabul gören tıbbi yöntemlerin uygulanarak başarılı olmadığı, Türkiye’de farklı tedavi yönteminin mevcut olmadığına Sağlık Kurulu kararı ile belgelenmesi ve Sigortacı tarafından da onaylanması durumunda yurt dışında hastanede yatarak yapılması gereken tedaviler ve ameliyatlar Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır. Doğumsal ve genetik hastalıklar bu teminatın kapsamı dışındadır.

Sağlık Kurulu; sigortalıyı tedavi eden Doktor, Sigortacı tarafından belirlenen bir doktor ve bu iki doktorun onayı ile kamu/vakıf üniversite hastaneleri bünyesinde çalışan tam zamanlı öğretim üyesinden oluşur.

Yurt dışında bu teminat kapsamında yapılan tedavilerde kullanılan ve Türkiye’de muadili olmayan malzemeler ve işlemlerin fiyatlarını belirlemek sigortacının yetkisindedir. Sigortacı, bu süreçte kendi belirleyeceği eşdeğer işlem ve malzemeleri referans olarak alacaktır.

3.11.2. YURT DIŞI ACİL TEDAVİ TEMİNATI

Yurt dışında kalış süresinin 30 günün altında kaldığı ve tedavi amaçlı olmayan yurt dışı seyahatleri esnasında oluşabilecek ve Acil Durum tanımında olan sağlık harcamaları, Türkiye’deki HDI Özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu fiyatları da dikkate alınarak sigorta sözleşmesi konusu ve kapsamında ödenir.

3.12. TEDAVİ DESTEK TEMİNATI

3.12.1. CERRAHİ VE GİRİŞİMSSEL TEDAVİLER DESTEK TEMİNATI

Sigorta sözleşmesi konusu ve kapsamında olmasına karşın, sigortalının HDI’den talep etmediği cerrahi/girişimsel tedaviler için, HDI tarafından sigortalıya (gerekli belgelerin ibra edilmesi ile) Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları kadar ve vaka başına tazminat ödemesi yapacaktır.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Birden fazla cerrahi/girişimsel işlem yapılmışsa, sadece en büyük Doktor SUT puanı olan işlem üzerinden ödeme yapılır. Sigortacının ayrıca ödediği resmi fark ücreti varsa, sigortalıya ödenecek bu tazminat bedelinden düşülecektir. Eğer bunlar daha fazla ise, bu durumda tamamı ilgili teminatından karşılanır.

Sigortalının teminat limiti ve muafiyeti gibi istisnai durumlara ait tutarlar, bu tazminat bedelinden düşülerek işlem yapılır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununca alınması gereken zorunlu katılım payları ve varsa sigortalının özel istisnası bu teminata konu olamaz.

Bu teminat kapsamında yapılan tazminat ödemesi, Sigortalının H/P oranını bozamaz.

3.12.2. MEDİKAL TEDAVİLER DESTEK TEMİNATI

Hastanede yatış nedeni olan rahatsızlık/hastalıkların sigorta sözleşme konu ve kapsamında olması ve sigortacı tarafından ödenmemesi şartıyla, medikal tedaviler (normal veya yoğun bakım yatış) için hastanede kalınan her bir gece başına sözleşmede belirtilen limit kapsamında gündelik tazminat ödenir.

Cerrahi/girişimsel tedavilerin söz konusu olduğu ve ilgili bedelin sigortacıdan talep edilmediği (Girişimsel/Cerrahi Tedavi Tazminat bedeli ayrıca kullanılabilir) hallerde de, hastanede kalış süresinin 10 günü aşan her bir günü için sigorta sözleşmesinde belirtilen Medikal Tedaviler Tazminatı ödenir. Sigortacının ayrıca ödediği fark ücreti ödemeleri, sigortalıya ödenecek tazminat bedelinden düşülecektir. Eğer bunlar daha fazla ise, bu durumda tamamı ilgili teminatından karşılanır.

Sigortalının teminat limiti ve muafiyeti gibi istisnai durumlara ait tutarlar, bu tazminat bedelinden düşülerek işlem yapılır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununca alınması gereken zorunlu katılım payları ve varsa sigortalının özel istisnası bu teminata konu olamaz. Bu teminat kapsamında yapılan tazminat ödemesi, Sigortalının H/P oranını bozamaz.

4. EK TEMİNATLAR

4.1. ÖZELLİKLİ TANI ve TEDAVİ TEMİNATI

Özellikli Tanı ve Tedavi Teminatı, Ana Teminatlara ek olarak Sigorta Sözleşmesi/Policeye eklenebilen bir teminat grubudur. Bu teminat grubu, Tıbbi Gözlem ve Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Malzeme teminatlarından oluşmaktadır.

4.1.1. TIBBİ GÖZLEM VE TEDAVİ TEMİNATI

İşbu ek teminat kapsamında, Sağlık Kurumunda 24 saatten kısa süreli yatışlar ve/veya acil müşahede altında tutulmayı gerektiren sigorta sözleşmesi konu ve kapsamında olan rahatsızlık/hastalıkların medikal amaçlı yatışları Sigorta Sözleşmesi/police teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde karşılanır.

Bu teminat kapsamında yer alan rahatsızlık/hastalıklarla ilgili olan; işlem öncesinde, sırasında veya sonrasında her türlü muayene, laboratuvar, radyoloji gibi tetkikler

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

ve/veya ilaçlar bu teminattan ödenir. Bu teminata ilişkin teminat limitinin bitmesi durumunda ise varsa, ilgili ayakta tedavi teminatından işlem yapılır.

Sigortalının kısa süreli yatışı sırasında yapılan tanı ve tedavi ile ilgili işlemler, bu teminat kapsamında değerlendirilir. Kısa süreli yatışın endikasyonu veya aciliyet durumu sigortacı tarafından değerlendirilecektir. Tıbbi gereklilik veya hastanede kalma endikasyonu olmayan durumlar bu teminattan karşılanmaz, varsa ilgili ayakta tedavi teminatından ödenir.

4.1.2. İLERİ TANI YÖNTEMLERİ

Doktorun teşhis ve tedavi için gerekli gördüğü BT (Bilgisayarlı Tomografi), MR (Manyetik Rezonans), MR anjiyo, Eforlu EKG, Ritim ve Tansiyon Holter, Doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik tetkikler ve Nükleer tıp tetkikleri; sadece bu teminatın kapsamında Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde karşılanır.

Ayrıca, smear-yayma-punch ya da iğne yöntemi ile tiroid, meme, prostat, testis, lenf bezleri, damarlar, cilt ve diğer tüm doku veya iç organlardan, doğrudan ya da anjiyografi-endoskopi-radyoloji eşliğinde yapılacak biopsiler, Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde yine sadece bu teminatın kapsamındadır.

Gastroskopi, Kolonoskopi, Sistoskopi, Bronkoskopi gibi endoskopik tetkikler ve bunlarla ilgili ve tıbben gerekli anestezi, ilaç ve tıbbi malzemeler dâhil tüm giderler, hastanede yatarak veya yatmadan yapılmasına bakılmaksızın Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde İleri Tanı Yöntemleri teminatı kapsamında karşılanır.

Karaciğer biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler, Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde TTB birimi dikkate alınarak Ameliyat veya Küçük Cerrahi Teminatları kapsamında karşılanacaktır.

Anjiyografi (sadece kardiyak anjiyografi) Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde yatarak tedavi teminatı kapsamında karşılanır.

4.1.3. TIBBİ MALZEME

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dıştan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan; taşınabilir ve kişiye özel atel, koltuk değneği, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, aerochamber, işitme cihazından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında ve teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

4.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI

Ayakta Tedavi Teminatları, Ana Teminatlara ek olarak Sigorta Sözleşmesi/Policeye eklenebilen diğer bir teminat grubudur. Bu teminat, tanı ve tedavinin Sağlık Kurumunda yatmayı gerektirmediği durumlarda Sağlık Kurumlarında yapılan doktor muayene, ilaç, her türlü laboratuvar tetkikleri, röntgen, fizik tedavi masrafları teminatından oluşmaktadır. “Ayakta Tedavi Teminatı” alındığı takdirde, “Özellikli Tanı ve Tedavi Teminatı” grubu teminatları da bu grubun içinde alınmış olur.

4.2.1. DOKTOR MUAYENE

Sigortalının bir kaza veya rahatsızlık ve/veya hastalık nedeniyle tanı ve tedavisi için sağlık kurumlarında yapılacak muayeneler, doktor tarafından tam olarak doldurulmuş hastalık bildirim formu ekinde olmak koşulu ile Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır.

4.2.2. İLAÇ VE AŞI

Doktor tarafından sigortalının tedavisi için verilen reçeteli ilaç bedelleri Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde en fazla 5 kalem ve 15 günlük doz olacak şekilde karşılanır.

Doktor raporu ile uzun süre kullanım gerektiği belirtilen ilaçlar, sigortacı tarafından sigorta konu ve kapsamına, Sigorta Sözleşmesi/Police süresine uygun olarak en fazla 60 günlük dozlar halinde tazmin edilebilir. Sigortacı tarafından kabul edilen reçete, kullanım dozlarına uygun olarak ödenecektir.

Çocukluk çağı aşuları; 0-6 yaş için 4'er doz İnaktif Polio, DBT (Difteri-Boğmaca-Tetanoz), Haemophilus İnfluenza B, 3 doz Hepatit B, 1'er doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Suçiçeği, BCG (Verem) ve 0-9 yaş için 4 doz Pnömonokok kapsamdadır. Bunlara ilaveten tıbbi gereklilik durumunda Kuduz ve Tetanoz aşuları da kapsamdadır.

Reçete tarihi ve ilaçların alınması (fatura/fiş) tarihi arasında 10 günden fazla fark bulunması durumunda ilgili ilaç gideri ödenmeyecektir. Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili olmayan ilaçlar ise, kullanımının Sigorta Sözleşmesi/Police süresi içerisinde olması ve Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır.

4.2.3. RÖNTGEN/GÖRÜNTÜLEME

Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde veya tedaviyi takip etmek için gerekli görülen her türlü Röntgen (direkt ve kontrastlı), Ultrasonografi, Mamografi, EKG, Artrografi, EEG, EMG, Görme Alanı, Odyolojik Tetkikler, İşitme Testi, Solunum Fonksiyon Testleri, Ürodinamik Tetkikler ile bu incelemelerin yapılabilmesi için tıbben kullanımı zorunlu olan ilaç, anestezi ve yatak ücretleri gibi giderler, Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır.

Tıbbi gereçlerin kalibrasyonu veya tetkiklerin yapılması için kullanılan malzeme/işlemler teminat kapsamında değildir.

HDI Sigorta A.Ş.

Genel Müdürlük: Sahrayı Cedit Mahallesi, Batman Sokak HDI Sigorta Binası, No:6 AA, 34734 Kadıköy/İstanbul

Tel: (0216 600 60 00) Faks: (0216 600 60 10) www.hdisigorta.com.tr MERSİS NO: 0470003295900010

Sayfa 16 / 39

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

4.2.4. LABORATUVAR /TAHLİL

Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gerekli görülen her türlü laboratuvar /tahlil sağlık harcamaları Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır.

4.2.5. FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Fizik tedavi gereken durumlarda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve raporun tedavi öncesinde sigortacı tarafından onaylanması şartı ile fizik tedavi ile ilgili giderler Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır. Sigorta sözleşmesi yılı içinde karşılanacak fizik tedavi giderleri, sigortası sözleşmesinde belirtilen seans limiti, TTB ücret tarifesi ve ödeme oranı ile sınırlıdır.

TTB Ücret tarifesinde fizik tedavi bölümünde yer almayan tedaviler ödenmeyecektir. Birden fazla vücut bölgesine fizik tedavi uygulanması durumunda, her bölge bir seans kabul edilir.

4.3. DOĞUM

Bu teminat, Sigortalının en az kesintisiz 1 (bir) tam poliçe döneminde Sigortacı tarafından teminat tablosunda belirlenen ve doğum teminatını kapsayan ayakta tedavi teminat paketlerinden birine sahip olması ve bunu takip eden ikinci poliçe için de bu teminatlardan biri ile devam etmesi durumunda 12 ay bekleme süresi sonunda Sigortacı tarafından teminat kapsamına dâhil edilir.

Gebe kalınma tarihine bakılmaksızın ikinci poliçe süresi içinde gerçekleşen normal doğum, sezaryenle doğum, doğum ve gebeliğin neden olduğu rahatsızlıklar, düşük tehdidi, gebelik kusmaları, doğum öncesi ve sonrası komplikasyonlar, isteğe bağlı olmayan düşüklükler, Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi, muafiyet ve diğer şartlar dâhilinde bu teminattan karşılanır.

Sigorta sözleşmesinde tanımlanmış yıllık limit, gebeliğin birden fazla sözleşme dönemine yayılması halinde her poliçe dönemi için yeni poliçenin doğum limiti kadardır. Ancak gebelik takibi ve doğum ile ilgili harcamalar, ilgili işlemin yapıldığı tarihte geçerli limitten düşülerek karşılanır. Kalan limit sonraki yıla aktarılamaz. Diğer sigorta şirketlerinde geçirilen sigortalılık süreleri bu teminat kapsamında süre hesabında dikkate alınmaz.

Hamilelik ve doğum teminatı 45 yaş üstünde sigortalanmış bayanlar için geçerli değildir. Kısırlaştırma (tüp ligasyonu), spiral uygulaması, implanon vb. sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri; sigorta sözleşmesinde belirtilen limitler kapsamında ilgili teminattan karşılanır. Sık tekrarlanan (doğum kontrol hapı, kondom vb.) doğum kontrol yöntemleri teminat kapsamı dışındadır.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Sigortalının bu teminata konu olan işlemlere ek olarak, teminat dışında kalan haller/istisnalar ile ilgili bir tedavi aynı anda söz konusu olduğunda, teminat dışında kalan haller/istisnalar ilişkin tedavi harcamaları TTB tarifesi genel ilkelerine göre hesaplanarak talep edilen tazminat bedelinden düşülür.

Yeni doğan bebek ile ilgili rutin doktor muayenesi, ilaç ve rutin tetkikler (açlık kan şekeri, tiroid tarama testi, fenilketonüri, kan grubu tayini) annenin doğum giderleri teminatından ve kalan limiti kapsamında ödenir. Ancak bebeğin kuvöz masrafları ve doğuştan gelen hastalık/rahatsızlıkları ile bunların komplikasyonlarına ait giderlerinin tamamı kapsam dışındadır.

4.4. YURT DIŞI EK TEMİNATI

Bu teminat ek prim ödenmesi, Yatarak Tedaviye ek olarak Ayakta Tedavi Teminatının da alınması ve Risk Değerlendirme yapılması sonucunda Sigortacının onayı ile kapsama dâhil edilebilir. Yurtdışında yapılacak, sigortaya konu ve kapsamdaki ve yalnızca yatarak tedavi teminatı ile ilgili giderleri, tedavinin yapıldığı ülkenin parasının hasar tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak TL karşılığında tanzim edilmektedir.

Yurtdışında yapılan tedavi giderlerine ait faturalar ile birlikte, bu tedavilere ait rapor ve tetkiklerin yeminli mütercim bürolarından yapılmış Türkçe tercümeyle (İngilizce, Almanca ve Fransızca dilleri dışında) beraber sigortacıya gönderilmesi gerekmektedir. Sigortalının daha önceden sigortacının provizyon merkezini arayarak yurt dışında planlanan tedavi ile ilgili ayrıntılı tıbbi rapor göndermesi ve bu tedavinin teminat kapsamına girmesi halinde; sigortacının anlaşmalı olduğu asistans şirketi aracılığı ile teminat kapsamındaki ve sigortacı tarafından kabul edilen harcamalar için ödemeyi sağlık kuruluşuna yapabilir. Bu durumda sigortalı; teminatları tutarındaki ödemeyi yapmadan sağlık kuruluşundan ayrılabilir. Ancak yurt dışındaki sağlık kuruluşunun bu tür anlaşmaları kabul etmemesi halinde Sigortacı sorumluluk kabul etmez.

Bir yıllık sözleşme süresi içerisinde toplam 6 (altı) aydan fazla yurt dışında kalınması durumunda, bu teminatı olsa bile yurt dışında gerçekleşen sağlık harcamaları karşılanmaz. **Madde 6 (Teminat Dışı Kalan Haller)** ile **Madde 10 (Bekleme Süreleri)** bu teminat için de geçerlidir.

5. DESTEK HİZMETLER

5.1. CHECK-UP

Koruyucu Check-up paketleri; Sigortacı tarafından özel olarak seçilmiş sağlık kurumlarında geçerli olan ve sağlıklı yaşamı teşvik eden hizmetlerdir. 18 yaşından büyük Sigortalı, priminin en az yarısını ödedikten sonra bu hizmete hak kazanır ve sözleşme yılı içinde kullanmadığı takdirde bir sonraki sigorta sözleşmesine devredilemez.

Sigortacı tarafında hazırlanmış Check-up paketlerini sözleşme kapsamında olması kaydıyla paketlerden bir tanesini seçerek önceden randevu alınması koşulu ile kullanabileceği bir teminattır.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Sigortacının belirlediği Sağlık Kurumlarında yaptırılması koşulu ile Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır.

Sözleşmenin geçerliliği süresince Check-up Merkezlerinde değişiklikler olabilir. Güncel Check-up paketleri ve güncel kurum listesine Sigortacı'nın web sitesi www.hdisigorta.com.tr adresinden ulaşılabilir.

5.2. KONTROL MAMOGRAFİ

Sigorta sözleşmesi başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü sigortalı bayanların kontrol amaçlı, tıbbi bir talep olmaksızın yaptırdıkları mamografiye ait giderler, Sigortacının belirlediği Sağlık Kurumlarında yaptırılması koşulu ile Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır.

5.3. PSA

Sigorta sözleşmesi başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü yaşlardaki erkek sigortalıların kontrol amaçlı, tıbbi bir talep olmaksızın yaptırdıkları Prostat Spesifik Antijen (PSA) tetkikine ait giderler, Sigortacının belirlediği Sağlık Kurumlarında yaptırılması koşulu ile Sigorta Sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde bu teminattan karşılanır.

5.4. ACİL YARDIM HİZMETİ

Sigortalı, hayati tehlike gösteren acil durumlarda, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna nakli için sigortalı kartı üzerinde belirtilen "Acil Hizmet Hattı"nı araması koşulu ile bu hizmetten yararlanabilir. Sağlık durumunun aciliyet teşkil edip etmediği ve talebin sigorta sözleşmesi kapsamında olup olmayacağı Sigortacı tarafından değerlendirilecektir.

Yurt içindeki acil vakalarda, sigortalının taşındığı sağlık kurumunda tedavisinin imkânı yoksa bulunduğu yere en yakın olan donanımlı bir sağlık kurumuna kara ambulansı ile nakli sigortacının onay vermesi kaydıyla sağlanır.

Kara ambulansıyla taşınmasına uygun değilse, sigortalının nakli sigortacının onay vermesi kaydıyla hava ambulansı ve/veya hava taşımacılığı ile sağlanır. Hava Ambulansı hizmeti ise, yurt içinde geçerli olmak üzere Sigortacı'nın Anlaşmalı Kurumu aracılığı ile verilmektedir.

Acil Durum Parametreleri aşağıda listelenmiştir:

(Ambulans hizmeti de, bu parametreler doğrultusunda değerlendirilecektir.)

5.4.1. Şuur kaybına neden olan her türlü durum

5.4.2. Akut Myokard Enfarktüsü (Kalp Krizi), Ölümcül Aritmiler, Malign Hipertansif Krizler

5.4.3. Zehirlenmeler

5.4.4. Trafik kazası

5.4.5. Ani felçler

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

- 5.4.6. Astım krizi, akut solunum yetmezlikleri ve solunum yoluna yabancı cisim kaçması
- 5.4.7. Yüksek Ateş (39,5°C ve üzeri)
- 5.4.8. Ciddi alerji, anafilaktik tablolar
- 5.4.9. Akut batın
- 5.4.10. Yüksekten düşme
- 5.4.11. Travma sonucu oluşan kırık, yaralanma ve uzuv kopması
- 5.4.12. Menenjit, ansefalit, beyin apsesi
- 5.4.13. Elektrik çarpması
- 5.4.14. Ciddi göz yaralanmaları
- 5.4.15. Renal kolik
- 5.4.16. Suda boğulma
- 5.4.17. Donma
- 5.4.18. Sıcak/güneş çarpması
- 5.4.19. Ciddi yanıklar
- 5.4.20. Diyabetik ve üremik koma
- 5.4.21. Genel durum bozukluğunun eşlik ettiği diyaliz hastalığı
- 5.4.22. Akut masif kanamalar

6. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Genel Şartlarda sayılan teminat dışında kalan hallere ilaveten, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak sağlık harcamaları teminat kapsamı dışındadır.

6.1. Sigorta sözleşmesi başlangıç tarihinden önce var olan ve beyan edilmeyen mevcut rahatsızlık/hastalıklar veya maluliyetler ile ilgili tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın her türlü sağlık harcamaları,

6.2. Sigorta sözleşmesi başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar, genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen hamilelik takibi hariç), genetik/aile riski yüksek olan veya geçirilmiş kanser tanısı olanlar için koruyucu amaçlı yapılması planlanan cerrahiler/girişimler, büyüme ve gelişme bozuklukları, doğumsal ya da sonradan gelişmiş olsa bile; 7 yaş öncesi her türlü fitik, mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları, vezikoüreteral reflü, yeni doğan işitme testleri, el-bilek grafileri, kalça USG, inmemiş ve retraktıl testis, asendan testis, spermatosel, varikosel, hidrosel, kordon kisti, epididim kistleri, polikistik böbrek, vasküler lezyonlar, lenfanjiom, arteriovenöz malformasyonlar, pes planus, pes ekinovarus deformiteleri, her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz, lordoz), yapısal bozukluklar (septum deviasyonu, nazal valv yetmezliği, hallux valgus, hallux varus, hallux rijitus) ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

6.3. Bekleme Süresi tanımlanan rahatsızlık/hastalıkların, acil tıbbi durumlar dâhil, bekleme süresi içindeki sağlık harcamaları,

6.4. Hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol amaçlı yapılan tetkik ve tedaviler,

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

6.5. Obesiteye ve anoreksia nervroza/bulimiya ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol ile ilgili her türlü harcamalar,

6.6. Deneysel veya araştırma amaçlı işlem/gereçler, sigortacı tarafından yapılması talep edilen durumlar dışındaki her türlü kontrol amaçlı işlem ve tedaviler, belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla yapılan Check-Up, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama testi veya EBT veya BT Anjiyografi gibi muayene ve tetkikler, aşı öncesi yapılan kontrol amaçlı testler, ödenecek aşular dışındaki her türlü koruyucu aşı ve ilaç giderleri,

6.7. Reçeteye yazılmış olsa bile; vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacıyla reçetesiz satılmasına izin verilen vitamin+mineral kombinasyonları, mineraller, vitamin+mineral+diğer beslenmeyi destekleyen doğal maddeleri içeren preparatlar, ilaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar, yurda kaçak sokulan ve T.C. Sağlık Bakanlığı izni olsa bile ruhsatlandırılmamış preparatlar, her türlü sabun ve şampuanlar, doğum kontrol hapları, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar, bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar, her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre, distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler vb. formda hazırlanmış etken madde içermeyen su ve deniz suları, her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları, kontak lens bakım preparatları, sigara bırakmak amacı ile kullanılan nikotin ve benzeri preparatlarla ilgili tüm harcamalar,

6.8. Her türlü alerjik hastalıkların deri testleri ve alerji aşuları,

6.9. Doktor nezaretinde yapılmış olsalar dahi kaplıca, termal, otel ve sağlık kurumu tanımına uymayan tesislerde yapılan her türlü kür, balneoterapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi giderleri,

6.10. Alkol, eroin, morfin, kokain ve diğer her türlü uyarıcı veya uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve hastalıklar ile, bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilmiş haldeki hastalık, kaza ve yaralanmalara ait tüm tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

6.11. Fimozis başta olmak üzere her türlü nedenle uygulanacak sünnet, doğum kontrolü yöntemleri ile ilgili ilaç ve gereçler (doğum kontrol hapları, enjeksiyonlar, kondom, spermisid kimyasallar), tıbbi endikasyon olsa dahi 12. haftadan önce yapılan tüm küretajlar, genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma aküminata), genital ve anal molluskum kontagiosum, peyroni hastalığı, cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel işlev bozuklukları, erektil disfonksiyon, vaginismus, sifiliz ve kadınlarda herhangi bir patoloji olmaksızın fizyolojik sürece bağlı olarak gelişen osteoporoz durumlarının her türlü tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

6.12. Kısırlık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (ovulasyon takibi, histerosalpingografi, spermioqram, varikosel, tubaplasti, endometriozis, adhezyolizis, yapay dölleme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu), gebelik gerçekleşmeden çocuk istemi nedeni kontrol amaçlı yapılan tetkik, kontrol ve tedaviler,

6.13. Her türlü estetik-kozmetik tedavi ve ameliyatlar ile bunların kontrol ve komplikasyonları, kök hücre tedavileri, jinekomasti ameliyatı, terleme tedavisi, torakoskopik sempatektomi, iyontoforez, anti-aging çalışmaları için yapılan homosistein, DHEA, GH ve bunlarla sınırlı olmamak üzere diğer tüm tetkik, tedavi, kontrol, komplikasyon, ilaç ve gereçleri ile, zayıflama amaçlı tetkik ve tedaviler, kilo alma amacıyla yapılan uygulamalar, kas ve yağ ölçüm bedelleri, egzersiz, masaj, akupunktur, yüzeysel varis tedavileri, skleroterapi, mezoterapi, şimik blokajı, botox uygulaması, nöralterapi, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy - Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi), ses ve konuşma terapileri, uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik ve tedavileri ile alternatif tıp yöntemlerine ait giderler,

6.14. Doktor dışındaki her türlü sağlık personeli (pedagog, psikolog, diyetisyen, özel hemşire, solunum terapisti, fizyoterapist ve diğer yardımcı sağlık personeli) tarafından yapılan her türlü işlemler,

6.15. Medya ve kamuoyunda sağlıklı yaşam koçu, ayurveda, homeopati, alternatif tedavi, mezoterapi, anti-aging, diyet ve zayıflama konularında uzman olarak tanınan ve/veya bunlardan herhangi birinin şirketin faaliyet belgesinde yer aldığı doktor veya sağlık merkezlerinden gelen tüm sağlık harcamaları,

6.16. Sigorta sözleşmesinde ayrı bir teminat olarak verilmediği sürece görme tembelliği, şaşılık ve kırma kusurlarını, keratokonusu tedavi etmeye yönelik her türlü ameliyat giderleri (lazer dâhil) ve diğer tedavi yöntemleri ile bu tedavilerin kontrol ve komplikasyonları,

6.17. Epilepsi (sara), psikolog, pedagog ve danışmanlık hizmetleri, psikoterapi gerektiren durumlar, psikiyatrik hastalıklar, demansiyel (bunama) sendromlar, demansın birlikte bulunması durumunda demiyelinizan hastalıklar, Alzheimer Hastalığı ve Parkinson ile ilgili her türlü tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

6.18. HIV pozitifliği ile ilgili yapılan kontrol mahiyetindeki her türlü test, laboratuvar incelemeleri ve gerekli tedaviler ile HIV'in sebep olacağı AIDS vb. hastalıklara dair yapılan harcamalar,

6.19. Kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin her türlü giderler,

6.20. Kemik iliği nakillerinde donöre (vericiye) ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

6.21. Çocuk bezi, mamaları, biberon ve emzikler, termofor ve bunlarla sınırlı kalmamak üzere her türlü sıhhi malzemeler, battaniye, uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparat, meme ve penil protezler, koltuk değneği, tekerlekli sandalye ile ayrı bir teminat olarak verilmedikçe gözlük, lens, dioptrik teleskopik aparat ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortezler ve ayrıca tek kişilik standart refakatli oda dışındaki oda ücretleri, telefon, kafeterya gibi tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü giderler,

6.22. Tedavilerin yapılması sırasında oluşan seyahat giderleri ile tedavi merkezlerine bağlı otellerde veya sağlık kurumu tanımına uymayan yerlerde yapılan konaklama ücretleri,

6.23. Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait her türlü giderler (trafik kazası sonucu diş ve çene cerrahisi hariç),

6.24. Her türlü adli olayda (trafik kazaları dâhil) adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, savcılık takipsizlik kararı trafik kazası tespit tutanağı, kullandığı araç sınıfına uygun ehliyet örneği) olmaksızın talep edilen sağlık harcamaları,

6.25. Meslek hastalıkları, asbestozis, silikozis, silikotuberkülozis hastalıkları, işyerinde bulunan asbest, alüminyum, cıva, kadmiyum, kurşun, kromiyum, manganez, arsenik, fosfor, berilyum, vanadium, talium, ağır metal, nikel, talaş, kimyasal maddeler, işyeri ortamında bulundurulmuş virüs ve benzeri biyolojik canlılar, işyerinde maruz kalınan radyasyon ve mekanik ajanların etkisi ile ortaya çıktığı rapor edilen hastalıklar, askerlik görevi sırasında meydana gelen olay ve kaza nedenli tüm rahatsızlık/hastalıklar,

6.26. Binicilik ve tehlikeli sporlar (amatör havacılık, delta kanat, planör, paraşüt, parasailing, yamaç paraşütü, bungee jumping, dağcılık, su altı sporları, tüplü dalış, go-card vb.), lisanslı olarak yapılan profesyonel ya da amatör müsabaka ve antrenmanlar sırasında meydana gelebilecek hastalık veya sakatlıklar, otomobil-motosiklet yarışları ve bunların her türlü pist sürüşleri, her türlü sürat ve mukavemet sporları, kurye ve dağıtım amaçlı motosiklet kullanımları sırasında meydana gelebilecek tüm sağlık harcamaları, her türlü eğlence ve spor merkezlerinde yaş ve tıbbi risklerin dikkate alınmamasından doğacak harcama bedelleri,

6.27. Sağlık Kurumu veya doktorların uyguladıkları tanı, tedavi veya her türlü cerrahi müdahalelerdeki tıbbi hatalar sonucu doğacak sağlık harcamaları,

6.28. Acil vakalar dışında sigortacıya en az 48 saat önce bildirilmeden yapılan yatarak tedaviye ait sağlık harcamaları,

6.29. Acil tıbbi durumlar dâhil, Poliçe için geçerli olmayan anlaşmalı veya anlaşmasız sağlık kurumları ile doktorlarında yapılan sağlık harcamalarında, "Anlaşmalı Kurum Güncel Listesi ve Teminat Tablosu"nda ilgili kurum tipi için belirtilen limit ve ödeme oranını aşan talepler,

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

6.30. Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya resmi yolla kazanılmış birinci derece akrabalığı ilişkisi olanların doktor ücreti,

6.31. Sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya kararlaştırılan gündelik bakım parası,

6.32. Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası,

6.33. Bebeğin kuvöz masrafları, doğuştan gelen rahatsızlıkları, genetik hastalıkları ve bunların komplikasyonları (düşük tartıllık, prematürite, prenatal asfiksi, metabolik hastalık, doğum travması vb.)

7. SİGORTAYA KATILIM

Sigorta Sözleşmesi/Policeye giriş için üst yaş sınırı 55 'dir. 18 yaşından büyük çocuklar ana/babadan bağımsız olarak tek başlarına sağlık sigortası kapsamında sigortalanabilir. 18 yaşından küçük sigortalılar, ana/babadan en az biri veya yasal temsilciler ile beraber sigortalanabilirler. Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın 0-24 yaş arası (24 yaş dâhil) bekâr çocukları, Sigorta Ettiren/Sigortalı ile birlikte aynı sigorta sözleşmesi/poliçesi kapsamında sigortalanabilir.

Yaş hesaplamasında, doğum yılı ile sigorta sözleşmesi başlangıç yılı arasındaki fark kullanılır, ay ve gün dikkate alınmaz.

Sigorta Ettiren/Sigortalı bazında yapılacak bilgilendirme yazılı ve/veya elektronik ortamda Sigortacı tarafından yapılır. Sigortacı tarafından yapılan tebliğler ve bildirimler, sigorta ettirenin, sigortalının ya da lehtarın Sigortacı'ya bildirilmiş son adreslerine yapılacak olup, bu adreslerin güncel olmaması halinde hak kayıplarına yol açabileceğinden, poliçe üzerindeki tebligat adresinin yanlış veya eksik olmaması gerekmektedir. Bu sebeple, gerek poliçe tesliminde ve gerekse poliçe süresince poliçe üzerinde yazılı olan adres ve iletişim bilgilerin doğru olduğu ve doğru olmaya devam etmesi için sigorta ettiren/sigortalı tarafından sürekli olarak kontrol edilmelidir.

7.1. EŞİN SİGORTA KAPSAMINA ALINMASI

Sigortalının evlenmesi halinde, evlilik tarihi itibarıyla 1 (bir) ay içinde eş için yeni bir soru formu doldurulması, evlilik cüzdanının fotokopisinin soru formuna eklenmesi ve başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesi koşulu ile Sigortacı tarafından öngörülen prim karşılığında yürürlükte bulunan sigorta sözleşmesi kapsamına dâhil olabilir.

Evlilik tarihinden sonraki bir ay içinde sigortaya başvurmayan eşler, sigorta sözleşmesi/poliçe kapsamına girmek için sigorta sözleşmesi/poliçenin takip eden ilk yenileme döneminde son kez başvurulabilir.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Devam eden sigorta sözleşmesine eş girişi yapıldığında; sigortalının katıldığı sözleşmenin bitiş tarihi dikkate alınmaksızın yenileme tarihinden başlamak üzere 1 (bir) tam yıl sonraki yenilemede Risk değerlendirmesi yapılır.

7.2. YENİ DOĞAN BEBEĞİN VE EVLAT EDİNİLEN KÜÇÜK ÇOCUĞUN SİGORTA KAPSAMINDA OLMASI

7.2.1. Doğum sırasında anne ve/veya babanın Sigortacı'dan geçerli sağlık sigortasının bulunması kayıt ve şartıyla; yeni doğan bebek/ler ve evlat edinilen küçükler, doğumdan veya evlat edinilme tarihinden itibaren en geç iki ay içerisinde Soru Formu doldurularak Sigortacıya bildirilmiş olması halinde, Sigortacı tarafından öngörülen prim karşılığında ayrı bir birey olarak aşağıdaki hüküm ve şartlarla sigorta sözleşmesine dâhil edilir:

a) Sigortacı, öncelikle yeni doğan bebek/ler ve evlat edinilen küçüğü risk değerlendirilmesine tabi tutar. Belirlenen hastalık ve rahatsızlıklar risk değerlendirme uygulamaları doğrultusunda teminat kapsamı dışında bırakılabilir, hastalık ek primi, limiti, bekleme süresi uygulanabilir ya da belirlenen bedeller çerçevesinde teminat altına alınır.

b) Sigortacı tarafından yapılacak risk değerlendirmesi sonrası, yeni doğan bebek/ler ve evlat edinilen küçük, Sigortacı tarafından belirlenecek ilave prim karşılığında, ayrı teminat limitleri ve ödeme koşulları ile ana ve/veya babanın sigorta sözleşmesi/poliçesine dâhil edilebilir.

Yeni doğan bebeğin Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanabilmesi, ancak işbu özel şartlarda yer alan hüküm ve şartlarla mümkün olabilir.

7.2.2. Doğum tarihinden itibaren 2(iki) ay içerisinde bildirilmeyen ve sigorta kapsamına dâhil edilmeyen yeni doğan bebek ve/veya evlat edinilen küçük'ün sigorta sözleşmesi/poliçe kapsamına girişi için takip eden yenileme dönemlerinde başvurulabilir.

Devam eden sigorta sözleşmesine bebek ve/veya evlat edinilen küçük girişi yapıldığında; Sigortalı anne ve/veya babanın katıldığı sözleşmenin bitiş tarihi dikkate alınmaksızın, anne ve/veya babanın sigorta sözleşmesi/poliçe yenileme tarihinden başlamak üzere bir tam yıl sonra bebek ve/veya çocuk için yenileme değerlendirmesi yapılır.

7.2.3. Yeni doğan bebek ile ilgili giderler, doğumdan hemen sonra, bebek hastaneden çıkmadan, sağlıklı yeni doğan bebekle ilgili rutin doktor muayene, ilaç ve rutin tetkikler (açlık kan şekeri, tiroid tarama testi, fenilketonüri ve kan grubu tayini) giderleri, bebeğe ait poliçe düzenlendikten sonra kendi poliçesinin teminat ve limitleri kapsamında ödenir.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

8. RİSK DEĞERLENDİRMESİ

8.1. BAŞLANGIÇTA RİSK DEĞERLENDİRİLMESİ

Sigortacı, sigorta sözleşmesi kapsamına dâhil olacak kişilerin, soru formunda beyan edilen bilgilerini, hastalık ve rahatsızlıklarını inceleyerek, başvuruyu reddetme ya da kabul etme hakkına sahiptir. Belirlenen hastalık ve rahatsızlıklar risk değerlendirme uygulamaları doğrultusunda teminat kapsamı dışında bırakılabilir, hastalık ek primi ya da limiti uygulanabilir. Sigortacı gerekli gördüğü durumlarda sigortalı adayını doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkına sahiptir. Bu masraflar, Sigortacının yönlendirdiği sağlık kurumunda ve sadece istenen testler karşılanacaktır. Sigortalı tarafından tıbbi tedavi ve tanının koyulması için başvurduğu sağlık kurumu ve/veya doktorunun ilaveleri hiçbir şekilde kapsam dâhilinde değerlendirilemeyecektir.

Soru formu beyanı ve varsa gönderilen tıbbi bilgiler riskin değerlendirilmesi için yeterli değilse Sigortacı masraflarını karşılamak ve yapılacağı kurumu belirlemek sureti ile sigortalıdan tıbbi incelemeler isteyebilir, bu incelemenin neticesine göre Sigortacı teklif verip vermeme hakkını saklı tutar. Sigortalı adayının tıbbi incelemeyi yaptırmaktan kaçınması halinde Sigortacı teklif vermektan kaçınabileceği gibi kendisine sunulan teklifi veya sözleşmenin yenilenmesi talebini reddedebilir.

Sigorta Sözleşmesi başlangıç tarihi, Sigortacının risk değerlendirmesi neticesinde Sözleşmeyi/Policeyi kabul etmesi kayıt ve şartıyla, soru formu tarihi olarak kabul edilecektir. Sigortacı, doldurulma tarihinden itibaren 5 (beş) iş günü içinde Sigortacı'ya teslim edilmeyen başvuru formları için, Sigorta Ettiren/Sigortalı ve/veya bağımlılarından yeni sağlık beyanı isteme hakkına sahiptir.

Sigortalı, Sigortacı'dan aynı tarihlerde geçerli sadece 1 (bir) adet Bireysel Sağlık Sigortası sözleşmesi alabilir. Buna aykırı olarak birden fazla sözleşmenin düzenlenmiş olması halinde ise, Türk Ticaret Kanunu "çifte sigorta" hükümleri kıyasen uygulanır ve sonraki tarihli sigorta sözleşmesi geçersiz olur ve ikinci poliçe kapsamında ödenmiş olan prim iade edilir.

8.2. YENİLEMELERDE RİSK DEĞERLENDİRMESİ

8.2.1. Sigorta sözleşmesinin süresi 1 (bir) yıldır. Sona eren sözleşmeler için kazanılmış hakların devam edebilmesi, sigortalılığın kesintisiz devamı ile mümkündür. Sona eren sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden itibaren en geç 1 (bir) ay içinde yeni sözleşme priminin tamamının veya sigortacı tarafından belirlenen ilk taksitinin ödenmesi gerekir.

8.2.2. Sigorta Ettiren/sigortalının yenilemede teminat değişiklikleri talep etmesi halinde bunun geçerli olabilmesi Sigortacı'nın yazılı onayına bağlıdır. Sigortalı, yeni sigorta sözleşmesi başlangıç tarihi itibarıyla 1 (bir) ay içinde diğer sağlık ürünü teminatları kapsamında sigortalanmak veya mevcut sözleşme içinde plan değişikliği talebinde bulunur ise, güncel sağlık beyanı alınarak yeniden risk değerlendirmesi yapılır. Yapılan değerlendirmede gerekli olursa ilave doktor muayenesi ve tetkik istenebilir. İstenen değişiklik talebi red edilebilir, bazı hastalıklar teminat kapsam dışında bırakılarak, ek prim ya da hastalık limiti uygulanarak onay verilebilir.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

8.2.3. Sigorta sözleşmesi yıl/ları sonunda, sigortalının geçmiş sigortalılık ve sağlık durumu incelenerek yenileme için risk değerlendirmesi yapılır. Bu risk değerlendirme incelemesi için sigortalının son sağlık durumunu gösterir beyanı istenebilir, doktor muayenesine gönderilebilir, ek tetkik talep edilebilir. Bu masraflar sigorta sözleşmesi yenilenmesi ve ilgili hastalıklar için istisna uygulanmaması durumunda sözleşme konu ve kapsamında karşılanır.

8.2.4. Yapılan incelemede sigorta sözleşmesi yenilenmeyebilir, mevcut ve risk oluşturan rahatsızlık/hastalıklar (Özel şartlarda bekleme süresine tabi olanlar dâhil) sözleşme kapsamı dışında bırakılarak ya da hastalık ek primi/limiti uygulanarak yenilenebilir. Sigortacı, yeni sözleşme koşulları ya da sözleşmeyi yenilememe kararı hakkında, sigorta ettiren/sigortalının sigortacıya bildirilmiş son adreslerine yazılı ve/veya elektronik ortamda bilgilendirme yapar.

8.2.5. Sigortalıların, sigorta sözleşmesi/poliçesine dair herhangi bir yenileme döneminde, yenileme değerlendirmesinin yapıldığı tarih ile yeni sigorta sözleşmesi/poliçe tarihi arasında ortaya çıkan ya da sigortacının sonradan haberdar olduğu hastalıklar için, sigorta sözleşmesi/poliçe teslim edilmiş olsa dahi, Sigortacı'nın yeniden risk değerlendirmesi yapma hakkı vardır.

8.2.6. Yenileme koşullarının geçerli olması için; sigortalının tazminata konu olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm rahatsızlık/hastalıklarını sigortacıya gecikmeksizin yazılı olarak bildirmesi gerekir. Sigortacı bu durumu öğrendiği andan itibaren önceki Risk Değerlendirme kararları geçersiz hale gelir ve yeniden Risk Değerlendirmesi yapar. Yapılan risk değerlendirmesi sırasında, Sigortacı sigortalının sağlık durumunun tespiti için doktor görüşü alabilir ilave tetkik isteyebilir. İlgili masraflar sigorta ettiren/sigortalı tarafından karşılanır.

8.2.7. Sigortacının, eşdeğer olarak kabul etmesi kayıt ve şartıyla bireysel ve grup sağlık sigorta sözleşmeleri dışında, herhangi bir sigorta sözleşmesi kapsamında verilen sağlık teminatı bu sözleşmede verilen haklar ile ilişkilendirilemez.

8.2.8. Bu madde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi elde etmiş Sigorta Ettiren/Sigortalıların sigorta sözleşmesi/poliçe yenilemelerinde uygulanmaz.

8.3. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ İÇİN RİSK DEĞERLENDİRMESİ

8.3.1. Sigortanın kesintisiz olarak 3 (üç) tam sigorta sözleşme yılı devam etmesi ve sigortalının tazminata konu olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm hastalık ve rahatsızlıklarını Sigortacıya zamanında ve yazılı olarak bildirmiş olması koşuluyla, Sigortacı gelen yenileme döneminde Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilebilmesi için risk değerlendirmesi yapar.

8.3.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi için Sigortacı tarafından yapılacak risk değerlendirmesinde şu hususlar dikkate alınır:

8.3.2.1. Sigortalının sağlık durumu

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

8.3.2.2. Sigortalıya ait son üç poliçe yılının ortalama hasar prim oranı (hiçbir halde %60'ı geçmemelidir.)

Bu şartlara göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilir verilmemesi veya hangi koşullarda verileceğini tayin ve takdir yetkisi tamamıyla Sigortacı'dadır.

8.3.3. Sigortacı risk değerlendirmesi sırasında, sigortalının mevcut bilgileri yeterli bulunmaz ise veya sağlık durumu ile ilgili yeni bilgi ve tıbbi görüş alınması gerekli olduğu durumlarda, doktor muayenesi ve ek tetkik talep edebilir. Bu masraflar sigorta sözleşmesi yenilenmesi ve ilgili hastalıklar için istisna uygulanmaması durumunda sözleşme konu ve kapsamında karşılanır.

Değerlendirme sonunda sigorta sözleşmesi yenilenmeyebileceği gibi, sigortalının mevcut ve risk oluşturan rahatsızlık/hastalıkları sözleşme kapsamı dışında bırakılarak ya da hastalık ek primi/limiti uygulanarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilebilir.

8.3.4. Sigortalı bir kez Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmakla, poliçelerini düzenli yenilediği primlerini düzenli bir şekilde ödediği sürece, Sigortalının bu hakkı kazandıktan sonra ortaya çıkan rahatsızlık/hastalıkları, yine bundan sonraki hiçbir Sigorta Sözleşmesi'nde sigorta teminatı kapsamı dışında bırakılmaz, hastalık ek primi/limiti uygulanmaz.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilirken uygulanan hastalık ek primi, limit ve istisnaları daha sonraki yenileme dönemlerinde tekrar değerlendirilmez.

8.3.5. Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen sigortalının bu güvence verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan, Sigortalı tarafından bilinen ancak Sigortacının bilgisi dâhilinde olmayan hastalık ve rahatsızlıklarının tespiti durumunda, Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisine son verme, rahatsızlık/hastalıklar için hastalık ek prim ya da istisna uygulama hakkına sahiptir.

8.3.6. Ömür Boyu Yenileme Garantisi, her bir sigortalı için ayrı ayrı verilir. Birden fazla sigortalının bulunduğu sigorta sözleşmesi/poliçelerde, sigortalılardan birisine Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olması, hiçbir şekilde birlikte sağlık sigortası kapsamında yer alan diğer sigortalılara da kendiliğinden Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildiği veya verileceği anlamına gelmez.

8.3.7. 28 Nisan 2014'den önce düzenlenmiş ve devam etmekte olan poliçelerde yer alan sigortalılara ve bu poliçelere sonradan dâhil olacak kişilere hasar prim oranına bağlı ek prim uygulaması Madde 9.1.2. Tablo 1 de belirtildiği şekilde devam edecektir. 28 Nisan 2014'den sonra ilk defa sigortalanacak kişilere, Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildikten sonraki dönemde oluşacak hasar prim oranına bağlı ek prim uygulanmayacaktır. Bu durumda Madde 9.1.2. Tablo 2 de belirtildiği şekilde devam edecektir.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

8.4. SİGORTA SÖZLEŞMESİ/POLİÇEYE ARA VERİLMESİ HALİNDE RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Sigorta sözleşmesi/poliçenin herhangi bir nedenle sona ermesi tarihinden itibaren 1 (bir) aydan daha uzun bir süre içinde, Sigorta Ettiren/sigortalı tarafından aynı teminat ve kapsamda yenilemek için başvurulmamış olması halinde, Sigorta Ettiren/Sigortalı, Şirketten olan “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” dâhil tüm kazanılmış hakları sona erer.

Sigorta Ettiren/sigortalı'nın, Sigorta sözleşmesi/poliçenin sona ermesi tarihinden itibaren 1 (bir) ay sonrasında Sigorta sözleşmesi/poliçe talebinde bulunursa, güncel soru formu ve bilgilendirme formu alınarak, sigorta sözleşmesi/poliçe düzenlenmesi için yeniden risk değerlendirmesi yapılır.

8.5. DİĞER SİGORTA ŞİRKETİNDEN GEÇİŞ HALİNDE RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Diğer sigorta şirketinden Sigortacı'ya geçiş talebinde bulunan sigortalılar için güncel risk değerlendirme uygulamaları doğrultusunda değerlendirme yapılır.

Diğer sigorta şirketi sözleşmesi bitiş tarihinden itibaren en geç 1 (bir) ay içinde geçiş talebinde bulunan sigortalı adayının, soru formunda beyan edilen bilgileri, Sigortaya Giriş ve Risk Değerlendirmesi Maddesi'ne uygun olarak incelenir. Sigortacı'nın başvuruyu reddetme, değerlendirme sonucunda belirlenen hastalık ve rahatsızlıklar için istisna, hastalık ek primi ya da limiti uygulama hakkı saklıdır.

Sigortacı gerekli gördüğü durumlarda geçiş yapmak isteyen sigortalı adayını doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkına sahiptir. Bu masraflar, Sigortacının yönlendirdiği sağlık kurumunda ve sadece istenen testler karşılanacaktır. Sigortalı tarafından tıbbi tedavi ve tanının koyulması için başvurduğu sağlık kurumu ve/veya doktorunun ilaveleri hiçbir şekilde kapsam dahilinde değerlendirilemeyecektir.

9. SİGORTA ÜCRETİ/PRİMİN BELİRLENMESİ VE ÖDENMESİ

9.1. SİGORTA ÜCRETİ/PRİMİN BELİRLENMESİ

Sigortası Sözleşmesi/Poliçe kapsamında ödenecek Sigorta Ücreti/Prim, Sigorta Sözleşmesi/Poliçenin kesintisiz olarak devam ederek yenilenmesi halinde ve Sigorta sözleşmesi/Poliçe başlangıcında, Sigortacının geçerli Tarife Primine, duruma göre aşağıdaki indirim veya ilavelerin yapılması suretiyle belirlenir.

Sigorta sözleşmesinin/Poliçenin kesintisiz olarak devam ederek yenilenmesi halinde, Sigorta Ücreti/Primi'nin belirlenmesi ve ilgili tüm alt maddelerinde geçen tüm uygulamalar, koşul ve oranlar, Sigortacı tarafından önceden bildirilmek ve/veya ilan edilmek kaydıyla her zaman değiştirilebilir, bir sonraki Sigorta sözleşmesi/Poliçe süresi başlangıcından başlamak üzere uygulanır.

Ayrıca hiçbir halde Sigortalı bazında yapılacak indirimlerin (9.2.2.Ödeme İndirimi ve 9.2.4.2. Teknik Dengeleme İndirimi hariç) oranlarının aritmetik toplamı %50'yi geçemez.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

9.1.1. HASTALIK EK PRİMİ

Tarife Priminde ilgili yaş ve cinsiyet için tanımlanmış prime eklenerek Sigortalının kişisel primini belirleyecek ilk ölçüt; Hastalık Ek Primi'dir.

Tıbbi risk değerlendirilmesinin yapıldığı; sigortaya yeni başvuru, sigorta sözleşmesinin yenilenmesi, iptal olmuş sigorta sözleşmesinin açılması, teminat attırılması dönemlerinde, hastalık ek primi belirlenir ve tarife primine eklenir. Hastalık Ek Primi her rahatsızlık için %10'dan başlayarak en fazla %200 oranında belirlenmiştir. Diğer İndirim ve Ek Primler, bu şekilde hesaplanan Sigortalı primine sıra ile ve kalan prime çarpan olarak uygulanır.

9.1.2. HASAR/PRİM ORANINA BAĞLI İNDİRİM VE EK PRİMLER

Sigortalının geçmiş yıllardaki sigorta sözleşmesi/lerinde kendisi için ödenmiş hasar tutarı ile, anılan sigorta sözleşmesi için kendisine isabet eden prim tutarı arasındaki orana, hasar-prim ("H/P") oranı denir.

Yeni sigorta sözleşmesi yılına dair belirlenmiş olan Tarife Primi tutarına, geçmiş dönem H/P oranına bağlı olarak ve aşağıdaki tabloda verilen İndirim/Ek Prim Kademeleri için geçerli İndirim/Ek Prim Oranları uygulanarak sigortalının primi hesaplanır.

Sigorta sözleşmelerinin ardı ardına kesintisiz devam etmesi şartıyla, H/P oranına göre sigortalıların "İndirim/Ek Prim Kademeleri" ve buna bağlı olarak İndirim/Ek Prim Oranları değişir.

Bu kademeli artış 3(üç) sigorta sözleşmesi yılını, yani 3(üç) kademeyi geçemez. Her kademe için aynı veya farklı İndirim/Ek Prim Oranları belirlenebilir.

Kademeler, her kademe için geçerli toplam İndirim/Ek Prim Oranı ve ilgili kademeye geçiş için önceki sigorta sözleşmesi de gerçekleşmesi gereken H/P oranları aşağıdaki tabloda detaylı olarak gösterilmiştir:

28 Nisan 2014'den önce düzenlenmiş ve devam etmekte olan poliçelerde yer alan sigortalılara ve bu poliçelere sonradan dâhil olacak kişilere hasar prim oranına bağlı ek prim uygulaması aynı şartlarda (Tablo 1) devam edecektir.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

TABLO 1:

Bir önceki poliçede sahip olunan "İndirim/ Ek Prim Kademesi" ⁽¹⁾		Alt 3.Kademe (%45)	Alt 2.Kademe (%30)	Alt 1.Kademe (%15)	İndirimsiz	Üst 1.Kademe (%15)	Üst 2.Kademe (%30)	Üst 3.Kademe (%45)
Önceki Poliçede Gerçekleşen Hasar Prim Oranı	0-30	Alt 3. Kademe ⁽²⁾	Alt 3. Kademe ⁽²⁾	Alt 2.Kademe ⁽²⁾	Alt 1.Kademe ⁽²⁾	Alt 1.Kademe ⁽²⁾	Alt 1.Kademe ⁽²⁾	Alt 1.Kademe ⁽²⁾
	31-60	Alt 3.Kademe ⁽²⁾	Alt 2.Kademe ⁽²⁾	Alt 1.Kademe ⁽²⁾	İndirimsiz	İndirimsiz	İndirimsiz	İndirimsiz
	61-100	Alt 2.Kademe ⁽²⁾	Alt 1.Kademe ⁽²⁾	İndirimsiz	Üst 1.Kademe ⁽³⁾	Üst 1.Kademe ⁽³⁾	Üst 1.Kademe ⁽³⁾	Üst 1.Kademe ⁽³⁾
	101-200	Alt 1.Kademe ⁽²⁾	İndirimsiz	Üst 1.Kademe ⁽³⁾	Üst 2.Kademe ⁽³⁾	Üst 2.Kademe ⁽³⁾	Üst 2.Kademe ⁽³⁾	Üst 2.Kademe ⁽³⁾
	201 ve üzeri	İndirimsiz	Üst 1.Kademe ⁽³⁾	Üst 2.Kademe ⁽³⁾	Üst 3.Kademe ⁽³⁾	Üst 3.Kademe ⁽³⁾	Üst 3.Kademe ⁽³⁾	Üst 3.Kademe ⁽³⁾

(1) Bir önceki poliçe yılında hakedilen Kademe ve buna tekabül eden İndirim/Sürprim Oranlarını ifade etmektedir.

(2) Önceki poliçede gerçekleşen H/P oranlarının belirtilen aralıklarda olması durumunda, kesintisiz olarak yenilenecek poliçede hakedilen yeni İndirim Kademelerini ifade etmektedir.

(3) Önceki poliçede gerçekleşen H/P oranlarının belirtilen aralıklarda olması durumunda, kesintisiz olarak yenilenecek poliçede hakedilen yeni Ek Prim Kademelerini ifade etmektedir.

28 Nisan 2014'den sonra ilk defa sigortalanacak kişilere, Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildikten sonraki dönemde oluşacak hasar prim oranına bağlı ek prim uygulanmayacaktır. Bu durumda geçerli olan tablo aşağıdaki gibidir.

TABLO 2:

Bir önceki poliçede sahip olunan "İndirim/ Ek Prim Kademesi" ⁽¹⁾		3.Kademe (%45)	2.Kademe (%30)	1.Kademe (%15)	İndirimsiz
Önceki Poliçede Gerçekleşen Hasar Prim Oranı	0-30	3. Kademe ⁽²⁾	3. Kademe ⁽²⁾	2.Kademe ⁽²⁾	1.Kademe ⁽²⁾
	31-60	3. Kademe ⁽²⁾	2.Kademe ⁽²⁾	1.Kademe ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾
	61-100	2.Kademe ⁽²⁾	1.Kademe ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾
	101-200	1.Kademe ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾
	201 ve üzeri	İndirimsiz ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾

(1) Bir önceki poliçe yılında hak edilen Kademe ve buna tekabül eden İndirim Oranlarını ifade etmektedir.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

(2) Önceki poliçede gerçekleşen H/P oranlarının belirtilen aralıklarda olması durumunda kesintisiz olarak yenilenecek poliçede hak edilen yeni kademeleri ifade etmektedir.

Sigorta primleri, önceki sigorta sözleşmesinin bitiş tarihine kadar tahakkuk ettirilen (kayda alınan) sağlık giderleri ile oluşan H/P oranı dikkate alınarak hesaplanmaktadır.

Sigorta sözleşmesi döneminde oluşan tazminat giderlerinin, sigorta sözleşmesinin bir sonraki yenileme işlemi veya prim hesaplaması (sigorta sözleşmesi başlangıç tarihinden 3-4 hafta önce yapılmaktadır) yapıldıktan sonra şirkete intikal ettirilmesi durumunda, mevcut sigorta sözleşmesindeki Sigortalı primi değişebilir.

Gecikmeli olarak gelen fatura ve tıbbi bilgi-belgeler nedeniyle Hasar/Prim oranının ve Hasarsızlık İndirim Kademesi'nin değişmesi veya Sigortalı primini etkileyecek özel ve genel şartlardan kaynaklanan başka bir sonuç ortaya çıkması hallerinde hesaplanacak ilave prim farkı, zeyilname ile dönem içinde mevcut sigorta sözleşmesine eklenebilir. Şirket, bir sonraki dönemde yenilenecek sigorta sözleşmesi primine ekleme hakkını saklı tutar.

9.2. DİĞER İNDİRİMLER ve İLAVE PRİMLER

9.2.1. AİLE İNDİRİMİ

Sigorta sözleşmesi kapsamında sigortalıların 2 (iki) ve üzerinde aile üyesinden oluşması ve tüm sigortalıların aynı teminat planına sahip olması halinde %10, farklı bir teminat planı olması halinde ise %5 aile indirimi uygulanır.

9.2.2. ÖDEME İNDİRİMİ

Sigorta Sözleşmesi kapsamında ödenecek primin, tamamının peşin ödenmesi halinde, %5 oranında bir indirim uygulanır. Buna karşılık taksitle ödeme halinde; sadece 4 taksitte ödeme halinde %3 uygulanır, diğer taksit alternatifleri olan 7 taksitte ise indirim uygulanmaz.

9.2.3. TAKSİTLİ PRİM ÖDEMELERİNDE VADE FARKI UYGULAMASI

Sigorta Sözleşmesi kapsamında ödenecek primin, Sigortacı tarafından teklif edilen 7 taksitin ötesinde, sigorta sözleşmesi süresini geçmemek üzere taksitlendirilmek istenmesi halinde sözleşme primine %2,5 vade farkı uygulanır.

9.2.4. "BİREYSEL GRUP" TEŞVİK İNDİRİMİ

Ticari veya gayri ticari bir tüzel kişilikte çalışanlar ile onların birinci derece yakınlarının sigortalı olmaları şartıyla oluşan gruba özel ve aşağıdaki tabloda bildirilen oranda olmak üzere, bu şahısların bireysel sigorta sözleşmelerinde geçerli özel bir teşvik indirimi uygulanır. Ancak grubun ve uygulanacak indirim oranının kabulü Şirket'in ön onayına tabidir. Bu kapsamda uygulanacak indirim oranları: 5 ile 9 poliçe için %5, 10 ile 14 poliçe için %10, 15 ile 19 poliçe için %15, 20 ve üzerinde poliçe için %20 olarak belirlenmiştir.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

9.2.5. ACENTE ÖZEL İNDİRİMİ

Sigorta Sözleşmesine aracılık eden sigorta aracısının kullanabildiği “Acente Özel İndirimi” uygulanabilir. Acente Özel İndirimi en fazla %5 olabilir ve sigortalı bazında uygulanabilir.

9.2.6. TEKNİK DENGELEME İNDİRİMİ

Sigorta Sözleşmesinin yenileme döneminde oluşabilecek teknik sorunların giderilmesi amacıyla Sigortalının takdirinde olmak üzere Teknik Dengeleme İndirimi uygulanabilir.

9.2.7. KAMPANYA İNDİRİMLERİ

Sigortacı daha önceden koşullarını bildirmek kaydıyla belirli dönemlerde değişik oranlarda kampanya indirimini uygulayabilir. Bu kampanya indirimleri sigortalı için sonraki yenileme dönemlerinde kalıcı bir hak teşkil etmez.

10. BEKLEME SÜRESİ

Sigorta Sözleşmesi/Polisede farklı bir şekilde belirtilmedikçe, risk kabul kriterlerine göre standart olarak değerlendirilmiş, ilk defa sigortalanan kişiler ile HDI'daki ilk sigortalama tarihine bakılmaksızın yeni eklenecek teminatlar açısından da geçerli olmak üzere, kişilerin beyan edip etmemelerine bakılmaksızın aşağıda belirtilen hastalık veya rahatsızlıkların, acil tıbbi durumları da dâhil olmak üzere her türlü tanı ve tedaviye dair sağlık harcamaları, ilk 12 ay süre ile bekleme süresine tabidir. Aşağıda ilk 8 maddede yer alan rahatsızlık/hastalıklar için; önceden onay alınması ve sadece Sigortacı'nın belirleyeceği Özel Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda geçerli olması şartıyla, Bekleme Süresi 9 ay olarak uygulanacaktır.

10.1. Üriner sistem taşlarının tanı ve tedavisine ilişkin her türlü sağlık harcamaları,

10.2. Koterizasyon, konizasyon, krioterapi, lazer tedavileri ve tanı ve tedaviye yönelik her türlü sağlık harcamaları,

10.3. Her türlü kitle (lipom, verrü, nevüs, polip, higroma, nodül vb.) ve kist ile ilgili hastalıklar ve bunlara ilişkin her türlü sağlık harcamaları,

10.4. Tiroid ve paratiroid bezi kronik hastalıklarının tedavisine yönelik her türlü sağlık harcamaları,

10.5. Yemek borusu, mide, ince ve kalın bağırsaklara ait her türlü hastalığın girişimsel/cerrahi tanı ve tedavisine yönelik sağlık harcamaları,

10.6. Erkek üreme organları hastalıklarının girişimsel/cerrahi tanı ve tedavisine yönelik sağlık harcamaları,

10.7. Karaciğer, safra kesesi, safra taşları, safra kanalları ile ilgili girişimsel/cerrahi tanı ve tedavisine yönelik sağlık harcamaları,

10.8. Katarakt, glokom, retina hastalıklarına ilişkin her türlü girişimsel/cerrahi tanı ve tedavisine yönelik sağlık harcamaları,

10.9. Rahim ağzı, rahim, tuba ve over hastalıklarının tanı ve tedavisi, inkontinans, kadın üreme organlarının deformasyonu sonucu gerçekleştirilecek tanı ve tedaviye ilişkin her türlü sağlık harcamaları,

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

10.10. Anorektal hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik her türlü sağlık harcamaları (hemoroid, fissür, fistül, pilonidal sinüs, apse),

10.11. (7) yaş üstü organ fıtıklarının (göbek, kasık, mide fıtığı) tanı ve tedavisine yönelik her türlü sağlık harcamaları,

10.12. Bademcik, geniz eti, konka hipertrofisi, sinüzit ve sinüs cerrahisi, işitme cerrahisi (timpanoplasti, kulağa tüp takılması, stapedektomi vb.) tedavisine yönelik her türlü sağlık harcamaları,

10.13. Koroner by-pass, anjio, anjioplasti, anevrizma, disseksiyon, varis, kalp kapağı ve kalp pili ile ilgili her türlü tanı ve tedavisine yönelik sağlık harcamaları,

10.14. Triger finger, karpal tünel, tarsal tünel, tuzak nöropatisi, impingement sendromu, menisküs, çapraz bağ rüptürü, dirsek, diz, omuz, kalça, el bileği ve ayak bileği eklem ve bağları ile ilgili hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik her türlü sağlık harcamaları,

10.15. Organ nakli ve organ yetmezliği ve bunların komplikasyonlarının her türlü tanı ve tedavisine yönelik sağlık harcamaları,

10.16. Omurga ve intervertebral disk hastalıklarına ilişkin girişimsel/cerrahi tanı ve tedavisine yönelik sağlık harcamaları,

10.17. Her türlü kronik hastalık (Diyabet, Hipertansiyon, KOAH vb.), tüm romatolojik ve otoimmün hastalıklar (SLE, RA, MS vb.) ve komplikasyonlarının her türlü tanı ve tedavisine yönelik sağlık harcamaları.

11. HASARIN TESPİTİ VE ÖDENMESİ

Genel Şart'ta yer alan düzenlemelere ilaveten aşağıdaki hususlara riayet olunur.

11.1. HASARIN TESPİTİ

Sigorta Ettiren/Sigortalı, rizikonun gerçekleşmesinden sonra, Sigorta sözleşmesi uyarınca veya sigortacının istemi üzerine, rizikonun veya tazminatın kapsamının belirlenmesinde gerekli ve sigorta ettirenden beklenebilecek olan her türlü bilgi ile belgeyi sigortacıya makul bir süre içinde sağlamak zorundadır. Ayrıca, Sigorta Ettiren/Sigortalı, aldığı bilgi ve belgenin niteliğine göre, rizikonun gerçekleştiği veya diğer ilgili yerlerde Sigortacının inceleme yapmasına izin vermekle ve kendisinden beklenen uygun önlemleri almakla yükümlüdür. Sigortacı yaptığı inceleme sonrasında, sigorta ettirenin veya sigortalının beyan edilmeyen hastalık ve rahatsızlığını tespit ettiğinde tazminat talebini reddedebilir, poliçeden cayabilir veya prim farkını isteyebilir ve alınması gereken prim ile alınan prim arasındaki orana göre sigorta tazminatını (hasar) eksik ödeyebilir.

11.2. HASARIN ÖDENMESİ

11.2.1. DOĞRUDAN SAĞLIK KURUMUNA ÖDENMESİ

Sigortalının, sigorta sözleşmesi konusunda yer alan şartlara uygun olarak, sigortacıdan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık harcamalarının, sigortacı tarafından sigortalı adına Anlaşmalı Kurumlara yapılan ödemeler doğrudan ödeme kapsamında değerlendirilir.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Sigortalıya yapılması planlanan tedavilere ilişkin detayların ve ortaya çıkabilecek beklenen komplikasyon ve yan etkilerin açık olarak anlatıldığı, bunların Sigortalı tarafından kabul edildiği ve imzalandığını gösterir “aydınlatılmış onam formu”nu hazır bulundurmak ve istediği takdirde Sigortacı’ya sunmak Sigortalı’nın sorumluluğundadır. Bu belge olmadığı takdirde Sigortacı, Sigortalı’nın Doğrudan Ödeme onayını vermeme hakkını saklı tutar.

Sigortalı başvuruda bulunduğu Anlaşmalı Kuruma, Sigortalı olduğunu belirtmek ve sözleşmede belirtilen teminat dışında kalan sigorta tarafından karşılanmayan harcamaları ve teminat katılım payını ödemekle yükümlüdür.

Acil durumlar dışındaki ameliyat ve tıbbi tedaviler 48 saat önceden anlaşmalı sağlık kurumu aracılığıyla Sigortacıya bildirilmediği takdirde doğrudan ödeme işlemi geçersizdir.

11.2.2. SİGORTALIYA ÖDEME

Sağlık harcamalarının önce sigortalı tarafından sağlık kurumuna ve/veya doktora ödenmesi ve daha sonra tedavi evrakları ile Sigortacıya başvurarak bu giderlerini Sigortacıdan talep etmesi “Sigortalıya Ödeme” kapsamında değerlendirilir.

11.2.2.1. Sağlık harcamaları, rizikonun gerçekleşmesini müteakip ve rizikoyla ilgili belgelerin Sigortacıya verilmesinden sonra sigortacının edimine ilişkin araştırmaları bitince ve her hâlde Sigortacıya yapılacak ihbardan en geç on beş gün sonra ödenmiş ya da reddedilmiş olur. Sigortacıya yüklenemeyen bir kusurdan dolayı inceleme gecikmiş ise süre işlemez.

11.2.2.2. Sağlık Kurumuna ait fatura, kasa fişi (detay döküm listesi ile birlikte), vezne alındısı, sayman mutemet alındısı, kredi kartı slibi (kredi kartı slibinin üzerinde “Vergi usul kanunu uyarınca serbest meslek makbuzu yerine geçen belge hükmündedir.” yazılı olması gerekmektedir), sağlık harcamalarını gösteren belgeler olarak kabul edilecektir. Tüm bu belgelerin aslının ibraz edilmesi gereklidir.

Yurt dışında yapılan tedavilerde ilgili ülkeye giriş çıkış tarihlerini gösterir pasaport fotokopisinin ayrıca sigortacıya ibraz edilmesi gerekir.

11.2.2.3. Sigortalıların kurum ödeme kapsamında karşılananların dışında, sağlık harcamalarına ait faturaları da bu kapsamda değerlendirilir. Doktor muayenelerine ait fatura, serbest meslek makbuzu ve kredi kart slibinde, sigortalının adı, doktor kaşesi ve doktor uzmanlık alanı belirtilmelidir.

11.2.2.4. Tanı ve/veya tedavi sonucu klinik vb. sağlık kurumundan kasa fişi yerine sigortalı adına düzenlenmiş fatura talep edilmesi, faturanın alınamadığı durumlarda ise kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen ve aşağıda belirtilen raporlar ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.

11.2.2.5. Tanı ve/veya tedavi masrafları, fatura asıllarına, aşağıda belirtilen rapor ve belgeler eklenmelidir;

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

- a.) Hastanede yatarak veya yatmadan yapılan ameliyat veya ameliyatsız tedavi ve müdahalelerde: Epikriz/anamnez raporu/ameliyat raporu/patoloji raporu,
- b.) Doktor muayenelerinde: Sigortalının şikâyetleri ve şikâyetlerinin süresi, aynı hastalık nedeni ile daha önce yapılan tetkik ve tedavileri, özgeçmiş bilgisi, gebelik var ise son adet tarihi, ön tanı veya kesin tanı, istenen tetkikler, planlanan tedavi-takip eden tedavi veya yapılması planlanan cerrahi tedavi bilgisinin yer aldığı doktor kaşe ve imzalı rapor,
- c.) Fizik tedavi ve rehabilitasyonlarda: Fizik tedavi uzman doktoru tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını belirten rapor,
- d.) Tanı aşamasında yapılan tetkiklerde: Doktor istek kâğıdı (sevk belgesi) ve tetkik sonuçları,
- e.) İlaç tedavilerinde: Reçetelerin aslı ve reçetede ki ilaçların isimleri okunacak şekilde kesilmiş fiyat kopyaları ve barkodları,
- f.) Vücuda dıştan destek olacak şekilde ve tıbbi amaçlarla kullanılan malzemeler için: Tedaviyi düzenleyen doktor tarafından kullanılmasının zorunlu olduğunu belirten doktor raporu,
- g.) Sigortalı her türlü adli olayda (trafik kazaları dâhil) adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı vs.) tazminat talebi (doğrudan ödeme aşaması dâhil) ile birlikte sunmalıdır.
- h.) Sigortacı gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, başka bir danışman hekime sigortalısını muayene ettirmek hakkına sahiptir.

12. KİMLİK TESPİTİ

Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi Kanun ve bu kanun uyarınca çıkarılan yönetmelik gereğince Sigortacı, işlem tutarı ya da birbiriyle bağlantılı birden fazla işlemin toplam tutarı yirmi bin TL veya üzerinde olduğunda Sigorta ettiren/sigortalı veya temsilcilerinden kimlik bilgileri almak ve bu bilgilerin doğruluğunu teyit etmek suretiyle, Sigorta Ettiren/Sigortacı ve bunlar adına veya hesabına hareket edenlerin kimliğini tespit etmekle yükümlü, bu kişiler ise kimliklerini sunmakla yükümlüdür.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ

13.1. SONA ERME SEBEPLERİ

Genel Şartlar ve mevzuat gereğince öngörülenler saklı kalmak üzere, aşağıdaki hallerde Sigorta Sözleşmesi/poliçesi, Sigortacı tarafından kısmen veya tamamen iptal edilebilir.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

13.1.1. Sigorta Ettirenin Vefatı

13.1.2. Sigortalı/ların vefatı

13.1.3. Sigortalı/Sigortalıların ikametinin değişmesi

13.1.4. Sigorta Ettiren/sigortalı/ların T.C. dâhilindeki ikametgâhından Sigorta Sözleşmesi/Poliçe süresi içinde aralıksız altı aydan fazla başka bir ülkede ikamet etmesi

13.1.5. Poliçe Süresi Sonu

Sigorta sözleşmesinin yapılması anında var olan menfaat, sözleşmenin süresi içinde ortadan kalkarsa, sözleşme o anda geçersiz olur.

13.2. SİGORTA SÖZLEŞMESİNDEN/POLİÇENİN BAZI SİGORTALILAR İÇİN SONA ERMESİ

Aynı sigorta sözleşmesinde Sigorta Ettiren ile birlikte yer alan;

13.2.1. Eş ve/veya birinci derece yakınlar ile vefat hali hariç, hukuki anlamda ilişkisinin sona ermesi,

13.2.2. Sigorta sözleşmesi/poliçede bağımlı olarak yer alan çocuk/ların, Sigorta Ettiren ile vefat hali veya reşit olup aile ile birlikte yaşama durumu hariç, kanunen öngörülen bir hal neticesinde hukuki anlamda ilişkisinin sona ermesi,

13.2.3. Sigorta Ettiren tarafından talep edilmesi durumunda, Bu kişi/ler Sigorta Sözleşmesinden/poliçeden çıkarılır ve Sigorta Sözleşmesi, bu kişi/ler için sona erer.

Sigorta Ettiren, yukarıdaki maddeler gereğince hukuki anlamda ilişkisinin sona ermesi durumunu derhal Sigortacıya bildirir.

Bu madde çerçevesinde bir sona erme halinde, hukuki ilişkisinin sona ermesi tarihi itibarı ile ilgili sigortalı sigorta sözleşmesi/poliçeden çıkarılır ve bu durum Sigortacı tarafından, menfaat ilişkisi sona eren eşe ve/veya birinci dereceden yakına yazılı olarak bildirilir. Poliçeden çıkarılan eş ve/veya birinci dereceden yakının, kendisine yapılan bildirimden itibaren 1 (bir) ay içerisinde Sigortacıya yazılı olarak başvurması halinde, Sigortacıdan iptal edilen poliçedeki kazanılmış hakları korunarak yeni bir sigorta sözleşmesi satın alabilirler. Sigorta Ettiren hak kaybı yaşanmaması için sigortalıların iletişim bilgilerini Sigortacı ile paylaşmalıdır.

13.3. SONA ERMENİN SONUÇLARI

13.3.1. Sigorta ettiren ile sigorta sözleşmesinde yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olmaları durumunda ve sigortalı/sigortalıların, sigorta ettireni değiştirerek sigorta sözleşmesini sürdürmek istemeleri halinde sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayı ile sigorta ettiren değiştirilerek sigorta sözleşmesi devam ettirilir. Sigorta sözleşmesinin devam ettirilmesi talebi ve sigorta ettirenin kanuni varislerinin bu konuda onayının olmaması halinde sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin yasal varislerine iade edilir. Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse vadesi

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

Sigorta ettiren ile sigortalının aynı kişi olmaları ve sigorta sözleşmesinde başka bireylerin (eş, çocuk) bulunması durumunda, sigorta ettiren/sigortalının vefatı halinde, sigorta sözleşmesinde yer alan diğer sigortalılar sigortalılığa devam etmek istiyorlarsa, mevcut sigorta sözleşmesi iptal edilerek vefat eden bireye ait sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin yasal varislerine iade edilir ve bitiş tarihi aynı olan ikinci sigorta sözleşmesi üzerinde eş ve çocuğun sigortalılığı devam ettirilir.

13.3.2. Birden fazla kişinin sigortalı bulunduğu sigorta sözleşmelerinde, sigortalılardan birinin vefatı halinde, vefat eden bireye ait sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilerek bu kişi yönünden Sözleşme iptal edilir; varsa diğer sigortalılar bakımından sigorta sözleşmesi/poliçe devam eder.

13.3.3. Sigorta sözleşmesinde vefat eden sigortalının dışında başka birey yoksa sigorta sözleşmesi /poliçe kendiliğinden sona erer. Sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

Sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin kanuni varislerine iade edilir. Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

13.3.4. Vefat eden sigorta ettiren ve/veya sigortalıya ait ödenmemiş sağlık giderleri varsa ödenebilmesi için veraset ve vergiye ilişkin evrakların, sigortalının kanuni varisleri tarafından Sigortacıya iletilmesi gerekir.

13.3.5. Sürekli ikametgâhın yurt dışına taşınmış olması halinde Sigorta Ettiren/Sigortalılara ilişkin sigorta sözleşmesi/poliçeler bakımından da yukarıdaki fıkralar kıyasen uygulanır. Sigortacı, İkamet değişikliğinin tespiti için Sigorta Ettiren/Sigortalılardan sigortalılardan pasaport talep etme ve yurt dışında gerçekleşen hasarları ödememe hakkına sahiptir.

13.4 POLİÇE SÜRESİNİN SONA ERMESİNDEN SONRAKİ TEDAVİLER

Hastanede yatarak ya da evde bakım tedavisi devam eden vakıalarda Sigorta Sözleşmesi/Polisiçe kapsamındaki sigorta teminatı, Sigorta Sözleşmesi/Polisiçe sona ermiş olsa dahi sigorta bitiş tarihinden itibaren en fazla 10 gün sonrasına kadar devam eder.

Sağlık harcamaları Sigorta Sözleşmesi/Polisiçenin yenilenmesi durumunda, yenileme günü saat 12.00'a kadar olan kısım önceki Sigorta Sözleşmesi/Polisiçeden, bu saat ve sonrası ise yeni sigorta sözleşmesi/poliçe teminatları üzerinden işleme alınır.

SÜPER - TEMEL - AKILLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

14. KONTROL YETKİSİ

Sigortacı, gerekli gördüğü takdirde, gider bildiriminde bulunulması durumunda veya sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde, sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir. Ayrıca sigorta süresi öncesinde ve sigortalı olunan sürece, sigortalıyı tedavi eden tüm doktor, sağlık kuruluşu, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma ve her türlü kayıt kopyalarını isteme hakkına da sahiptir. Sigortalı bu nedenden dolayı gerek sigortacıya ve gerekse tedavisi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarına karşı herhangi bir hak iddia etmeyeceğini kabul eder. Sigortacı kendi adına, gerçekleşen giderleri incelemek için bağımsız temsilciler atayabilir.

Sigortacı, 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu Madde 31/B bendi gereğince sigortadan menfaat sağlayan sigortalı/sigorta ettirene ilişkin olarak sigortalı/sigorta ettiren tarafından sağlanan bilgileri, yanlış sigorta uygulamaları dâhil, risk değerlendirmesine esas bilgileri toplamak üzere Sigortacılık Kanunu ve Müsteşarlıkça belirlenecek kişiler ve Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi ile paylaşmakla yükümlü olup, sigortalı/sigorta ettiren bu hususa muvafakatini peşinen vermiştir.

15. SİGORTACININ RÜCU HAKKI

Sigortacının Genel Şart ve Türk Ticaret Kanunundan kaynaklanan halefiyet hakkı saklı kalmak üzere, Sigorta Ettiren/Sigortalı/ların adına anlaşmalı sağlık kurumlarına veya sigortalı/sigortalıların hesabına ödediği ancak sigorta sözleşmesi özel ve genel şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dâhil her tür ödemeyi, doğrudan sigortalı/sigortalılardan geri talep etmek hakkı bulunmaktadır. Sigortalı/sigortalıların ve/veya tedavi düzenleyen sağlık kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. Sigortacının alınan ödemeye ilişkin provizyon veya ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle sigortacının bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.