

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	2
2. TANIMLAR	2
3. TEMİNATLAR	10
3.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU	10
3.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNAT GRUBU	11
3.3. EK TEMİNATLAR	11
4. BEKLEME SÜRESİ	12
5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER	12
6. COĞRAFİ KAPSAM	17
7. TEMİNATLARIN UYGULAMA USÛL VE ESASLARI	18
7.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU	18
7.1.1. Ameliyat	18
7.1.2. Hastane Tedavisi	19
7.1.3. Günübirlilik Tedavi	19
7.1.4. Hastane Dışı Tedavi	19
7.1.5. Suni Uzuv	20
7.1.6. Acil Ulaşım	21
7.1.7. Tıbbi Malzeme	21
7.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNAT GRUBU	21
7.2.1. Doktor Muayene	22
7.2.2. Laboratuvar	22
7.2.3. Görüntüleme	22
7.2.4. Modern Teşhis	22
7.2.5. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	23
7.3. DOĞUM TEMİNATI	23
7.3.1. Annelik Doğum	23
7.3.2. Annelik Rutin Kontrol	23
8. SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMA ESASLARI	23
8.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI	23
8.2. ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMLARI	24
9. TAZMİNAT ÖDEMESİ	25
10. BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ	28
11. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	29
11.1. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİNE İLİŞKİN UYGULAMA ESASLARI	29
11.2. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ (ÖBYG)	30
12. PRİM TESPİTİ	33
13. SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI	36
13.1. DEVAM EDEN POLİÇEYE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	37
13.1.1. HDI BEBEĞİ	38
14. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR	39
15. SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ	40
15.1. SİGORTA SÜRESİ	40
15.2. SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI	40
15.3. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	40
16. YAPTIRIMLAR	43

HDI SİZE ÖZEL TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta ile, HDI Sigorta A.Ş. (bundan sonra “Sigortacı” olarak anılacaktır), Sigortalı'nın sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarına ait sigorta süresi içinde gerçekleşen GSS kapsamında alınan sağlık hizmeti giderlerinin;

- Anlaşmalı ve Anlaşmasız Sağlık Kurumları tarafından alınan ilave fark ücretlerini,
- Otelcilik ücreti gibi Sigortalı'dan alınabilecek tutarları ve işbu Özel Şartlar ile sınırlı olmak koşulu ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedellerini,

İşbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe ekinde yer alan teminat tablosu doğrultusunda güvence altına almaktadır.

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

2. TANIMLAR

Acil Durum: Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği;

- İstisnalar ve bekleme süreli durumlar arasında yer almayan,
- Tıbbi belirtilerinin şiddeti ve hızı nedeniyle derhal müdahale edilmezse, kişinin hayatını ya da organ fonksiyonlarını ciddi biçimde riske atacak; akut başlangıçlı sağlık durumunu içermektedir.
- Tıbbi veya cerrahi tedavi gerektirdiğini belirten haklı bir görüşe yol açan ve Sigortacı tarafından acil olduğuna karar verilen durumdur.

Dünya Sağlık Örgütü Tarafından Tanımlanan Acil Durumlar:

- Akut Miyokard Enfarktüsü
- Anafilaktik Şok
- Ani Felçler
- Ani ve dışarıdan harici bir hadise nedeniyle meydana gelebilecek kaza ve yaralanmalar

- Apandisit
- Beyin Apsesi
- Ciddi Genel Durum Bozukluğu
- Ciddi İş Kazası
- Darbeye bağlı iç organ zedelenmesi
- Diabetik ve Üremik Koma
- Donma
- Eklampsi tanısı alınmış olması halinde, gebelik zehirlenmesi
- Elektrik Çarpması
- Ensefalit (Beyin İltihabı)
- Epilepsi Krizi
- Evcil-vahşi hayvanların ciddi cerrahi müdahale gerektiren ısırıkları
- Gebelik düşüklerine bağlı jinekolojik hormonal kanamalar hariç her türlü iç organ kanaması
- Hayati tehlike arz eden ilaç veya diğer madde zehirlenmeleri
- Hipertansiyon Krizleri
- Her türlü 2. ve 3. derece yanıklar
- Menenjit
- Mide Perforasyonu
- Sinir Kopması
- Soğuk veya Sıcak Çarpması
- Solunum yollarında yabancı cisim bulunması sonucu oluşan akut solunum problemleri
- Suda Boğulma
- Tahriş Edici Gazların Teneffüsü
- Tahriş edici maddelerden oluşan ciddi göz yanmaları
- Trafik Kazası
- Travmaya bağlı her tip suture gerektiren cilt kesikleri
- Travma sonucu oluşan masif (yoğun) kanamalar
- Travma ve/veya kaza sonucu oluşan ani şuur kaybına neden olan her türlü durum
- Alt ekstremitte kırıkları
- Uzun Kopmaları
- Yılan, akrep veya örümcek sokması sonucu oluşan ciddi alerjik tablolar

- Yüksek Ateş (39 derece ve üzeri)
- Yüksekten Düşme (intihara teşebbüs hariç)

Ambulans: Tıbbi taşıma için özel olarak tasarlanmış ve acil durumlara ilişkin tıbbi eğitim almış özel personel tarafından kullanılan, tıbben o vakada kullanılması gerekli olduğu Sigortacı tarafından da onaylanan kara, hava veya deniz aracıdır.

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

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

Azami İyi Niyet Prensibi: Sigortacı bu sigorta sözleşmesini ve sözleşme şartlarını Sigortalı/Sigorta Ettirenin beyanına dayalı olarak oluşturmaktadır. Bu nedenle Sigortalı/Sigorta Ettiren, başvuru aşamasında başvuru ve beyan formu gibi tamamlayıcı belgelerde ve poliçeleşme sonrası tazminat süreçlerinde doğru bilgi vermek/ beyanda bulunmak sigorta sözleşmesi talebinin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları beyan etmekle yükümlüdür.

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

Bekleme Süresi: Sigortalı'nın sağlık giderinin ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için, sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

Beyan: Sigorta Ettiren'in ve Sigortalı'nın Sigortacı'ya ilettiği bilgilerdir. Beyan; Sigorta Şirketine Poliçe başvurusu sırasında ve provizyon / tazminat talebi aşamasındaki tüm bilgileri kapsar.

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

Coğrafi Kapsam: Poliçede yer alan plan ve teminatların coğrafi geçerliliğini (Tüm Dünya/Türkiye gibi) gösteren özelliğidir.

Deneysel veya Araştırma Amaçlı İşlem: Hastalığın tanı ve tedavisindeki gereklilik;

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

Doğuştan Gelen Hastalık (Konjenital Hastalık): Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır.

Doktor: Sağlık hizmetinin verildiği coğrafi bölgede, geçerli olan yasalar çerçevesinde resmi olarak tıp doktoru unvanı ve belgesi verilmiş olan kişidir.

Grup (Kurumsal) Sağlık Sigortası: Sigorta Ettiren tüzel kişilik ile, bordro, öğrencilik, üyelik gibi ilişkisi olan kişiler ile eş ve çocuklarının aynı poliçe kapsamında sigortalandığı sağlık sigortası türüdür.

Genel Şartlar: T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı ilgili birimleri tarafından belirlenen Sağlık Sigortası Genel Şartları'dır.

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

Geri Ödeme Alınamayacak Kurumlar: Sigortalı'nın sağlık giderlerinin teminatları gereği kapsam dahilinde olmasına rağmen, geri ödeme alamayacağı kurum ve/veya hekimleri ifade eder. Yanlış Sigorta uygulamalarından, gereksiz tetkik ve tedavi ile Sigorta suistimali yaptığı tespit edilen bu kurum ve/veya hekimlerde yapılan işlemler poliçe kapsamı dışındadır. Geri Ödeme Alınmayacak Kurumlar ilgili detaylı bilgiye <https://online.sencard.com.tr> adresi veya senCard Mobil uygulamasından ulaşılabilir.

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

İstisna: Sigorta sözleşmesinin kapsamı dışında bırakılan durumlardır.

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

Katılım Payı: Sigorta sözleşmesi ekinde verilen Teminat Tablosunda belirtilen tutar ya da oranda, kabul edilebilir sağlık gideri üzerinden hesaplanan, Sigortalı'nın üstleneceği miktarı ifade eder.

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

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

Kazanılmış Haklar: İlk sigortalılık tarihi, bekleme süresi, poliçeye uygulanan ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi, vb.) ve ÖBYG, Kazanılmış Hak olarak değerlendirilir.

Limit: Aynı poliçe döneminde Sigortacı tarafından ödenebilecek tazminat tutarı ile Sigortalı tarafından ödenmesi gereken katılım payı ve muafiyet tutarlarının toplamıdır.

Kalan Limit: Aynı poliçe döneminde Sigortacı tarafından ödenen tedavi giderleri toplamı ile Sigortalı tarafından ödenmesi gereken sigortalı katılım payı ve muafiyet tutarlarının Limit'ten düşülmesi ile belirlenir.

Mevcut Rahatsızlık ve/veya Hastalık: Belirtisinin / bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı poliçe başlangıç tarihi öncesinde ortaya çıkmış rahatsızlıklar ile gelişim süreci açısından sigorta başlangıç tarihinden öncesine dayalı rahatsızlıklar ve/veya hastalıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen durumlardır.

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

Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu: Sağlık Kurumlarından hizmet alınması durumunda ilgili Sağlık Kurumu ve muayene eden Doktor tarafından doldurulması gereken formdur. İlgili form, Provizyon Verilen Sağlık Kurumları'nda mevcut olup, Elden Ödemeli sağlık kurumları için www.sencard.com.tr adresinden ulaşılabilir.

Özel Şartlar: Sigortacı tarafından ürüne özel kurallar ve şartları içeren, poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen işbu belgedir.

Poliçe: Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı ve Sigortacı'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve yükümlülükleri ile satın alınmış olan teminatlarını gösteren belgedir.

Provizyon: Sigortalının tedavisiyle ilgili Anlaşmalı Sağlık Kurumu tarafından Sigortacının 7/24 provizyon merkezinden istenen sağlık giderlerine yönelik değerlendirme sürecini ifade etmektedir.

Provizyon Ön Onay: Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında yapılacak sağlık giderleri için Sigortacı tarafından ödeme yapılabileceğini gösteren ön değerlendirmeyi ifade etmektedir.

Sigortacının ödemeye ilişkin Provizyon Ön Onayı vermiş olması, sonradan tespit edilen beyan eksikliği ve/veya yanlış beyan nedeniyle Sigortacının haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

Provizyon Şartlı Onay: Sigortacının teşhis ve tedavi işleminin yapılması sırasında/sonrasında buna ilişkin sağlık giderlerini yeniden değerlendirmek üzere verdiği ön onaydır.

- Sigortacının mevcut hastalık ya da rahatsızlığa ilişkin sağlık giderlerini provizyon aşamasında sigortalı lehine işlem kolaylığı sağlamak için ön onay vermiş olması, teminat ve tazminat kapsamında kesin olarak kabul edildiği anlamına gelmez.

- Sigortacı, işlem sonrasında sunulan tıbbi belgeler ve kayıtlar üzerinden ek değerlendirme hakkını saklı tutar. Bu değerlendirme sonucunda ön onay verilmiş olan teminat kapsamı ve / veya ödeme tutarında değişiklik yapabilir.
- Yapılacak nihai değerlendirme sonucunda ön onaya konu teşhis, tedavi veya sağlık giderinin poliçe teminatları dışında olduğuna karar verilmesi halinde ilgili giderler Sigortalı tarafından karşılanır.

Provizyon Rakam Onay: Ön Onayı ya da Şartlı Onayı verilen sağlık giderlerinin değerlendirilmesi sonucunda ödeme kararı verilmesi halinde, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağını gösteren onayı ifade etmektedir.

Referans Doktor / Tıbbi Danışmanlık Firması: Poliçe kapsamında değerlendirilecek sağlık giderlerinin tıbbi gerekliliğine dair uzman görüşü alınan ve Sigortacı tarafından belirlenen anlaşmalı doktor ya da firmadır.

Risk (Hastalık) Ek Primi: Tarife ve/veya grubun kişi başı priminden bağımsız olarak, sigortalı adayının bireysel sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda tespit edilen riskin poliçe kapsamına alınması için ödenmesi gereken ek primi ifade eder.

Risk Değerlendirme (Risk Analizi): Sigortalı'nın geçmiş ve mevcut sağlık durumunun, Sigortalı'nın beyanı, sağlık, sigortalılık geçmişi ve gerekli görüldüğü durumlarda istenecek ek tetkik ve muayene sonuçlarının değerlendirilerek, sigorta sözleşmesinin yapılıp yapılamayacağı ya da hangi şartlarla yapılabileceğinin/yenilenebileceğinin Sigortacı tarafından belirlenmesidir.

Sağlık Gideri: Sağlık Kurumlarında yapılan muayene, tetkik ve/veya tedavi işlemlerine ait hizmet bedelini ifade eder.

Kabul Edilebilir Sağlık Gideri: Poliçe Özel Şartları dikkate alınarak, Sağlık Gideri olarak gönderilen toplam fatura tutarından, varsa; teminat dışı giderler çıkarıldıktan sonra, değerlendirilecek toplam tutardır. Bu tutara, varsa sigortalı katılım payı ve muafiyet tutarı da dâhildir.

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

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

Sağlık Hizmet Tarifesi: Sağlık hizmeti veren kurumlardaki tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), güncel birimleri olan Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) vb.) TTB-HUV Tarifesi, gerçekte eski TTB'den bağımsız, ondan ayrı bir liste değildir. TTB'nin elektronik ortamda görülecek şekilde günün koşul ve beklentilerine uygun hale getirerek sunduğu yeni halidir.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT): SGK'lı sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, SGK tarafından sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderleri gibi sağlık hizmetlerine bağlı harcamalarının karşılanması esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin bedellerin tayin ve tespit edildiği Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından belirlenen kurallardır.

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

Sigorta Ettiren: Sigorta Ettiren, sigorta sözleşmesini yapan ve prim ödemek dahil sigorta sözleşmesinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirme sorumluluğunu taşıyan kişidir.

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

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

Tazminat: Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği teminat kapsamında değerlendirilen sağlık giderlerinin, ilgili poliçe döneminde yer alan teminat, limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak ödenen tutarıdır.

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

Tıbbi Gereklilik: Tetkik ve tedavi işlemlerinin bir hastalığın ve/veya rahatsızlığın tedavisi için gerekli ve etkili olması durumudur. Tetkik veya tedavinin bir Doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına Tıbbi Gereklilik koşulunun bulunduğu şekilde yorumlanamaz. Uyuşmazlık durumlarında Tıbbi Gereklilik, Sigortacının anlaşmalı olduğu tıbbi danışmanlık firması tarafından belirlenmektedir.

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

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

- Kırmızı Alan

En yüksek öncelik sırasına sahiptir. Tedavi edilebilir, hayatı tehdit eden yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer. Bu nitelikteki hastalara zaman kaybetmeden acil müdahale gerekir.

- Sarı Alan

Zaman geçirilmeden müdahale ve muayenelerinin yapılması gereken, ciddi fakat hayatı tehdit etmeyen yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer.

- Yeşil Alan

En düşük önceliğe sahiptir. Acil müdahale gereksinimi olmayıp; bekleyebilecek, muayene ve tedavileri poliklinik şartlarında da yapılabilecek kişiler bu gruba girer.

3. TEMİNATLAR

Aşağıda yer alan teminat grubu veya teminatlardan birisi veya bir kısmı veya tamamı, Poliçe ve teminat tablosu üzerinde açıkça yazılması ve priminin ödenmesi karşılığında GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki hüküm ve şartlar çerçevesinde verilir.

3.1. Yatarak Tedavi Teminat Grubu

Bu teminat grubu ile, Sigortalı'nın, ameliyat ve hastanede yatarak yapılan tedavileri için,

- Hastaneye yatış-çıkış tarihleri arasındaki doktor, ameliyathane, oda yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır),

- Tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığın komplikasyonlarının tedavisi için tıbbi gerekliliği bulunan tıbbi hizmetlere ait giderleri ile yoğun bakım giderleri,

işbu Özel Şartlar'da tanımlı Teminat Uygulama Usül ve Esasları uyarınca karşılanır.

Yatarak Tedavi Teminat Grubu aşağıdaki teminatları içermektedir.

- Ameliyat
- Hastane Tedavisi
- Günübirlik Tedavi
- Hastane Dışı Tedavi
- Suni Uzuv
- Acil Ulaşım
- Tıbbi Malzeme

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan'a giren vakalara ait giderler de bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir.

3.2. Ayakta Tedavi Teminat Grubu

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

- Doktor Muayene
- Laboratuvar
- Görüntüleme
- Modern Teşhis
- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

3.3. Ek Teminatlar

3.3.1. Uzaktan Sağlık Hizmeti Teminatı

T.C. Sağlık Bakanlığının "Uzaktan Sağlık Hizmeti" tanımına uyan hizmetler Sigortacının belirlemiş olduğu sağlık kurumlarında bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.3.2. Check Up

Ürüne özel belirlenmiş Check-Up Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında yaptırılması koşulu ve teminat tablosunda belirtilen içerik dahilindeki check-up giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

4. BEKLEME SÜRESİ

İlk sigortalanma tarihinden sonra ortaya çıkan ve yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler ile ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Teminatı ile ilgili giderler, ilk sigortalanma tarihinden başlamak üzere 3 aylık bekleme süresi boyunca teminat kapsamı dışındadır.

Hamilelik ve Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderler, bu teminatın poliçeye dahil edilmesinden itibaren en az beş (5) aylık bekleme süresi boyunca kapsam dışıdır. Bekleme süresinin başlangıcı olarak son adet tarihi (SAT) ve bebek ultrasonografisi bulguları dikkate alınır.

Bekleme süresi dolmadan başlayan hamilelikleri için;

- İlgili poliçe döneminde gerçekleşen gebelikle ilgili giderler kapsam dışıdır,
- Bir sonraki yenileme döneminde gerçekleşen tazminat giderleri bu teminatın ara vermeden poliçeye dahil edilmesi durumunda kapsam içinde olacaktır.

Yenileme döneminde; doğum teminatına ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlar.

Uygulama İstisnası:

- Bekleme Süreleri "HDI Bebeği" Hakkı elden eden sigortalılarda geçerli değildir.
- Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler için bekleme süresi uygulanmayacaktır.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilen teminat dışı hallere ek olarak, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak her türlü sağlık gideri de teminat kapsamı dışındadır.

- 5.1.** Sigortalı olunmadan önce var olan ve/veya, gelişim süreci açısından sigorta başlangıç tarihinden öncesine dayalı rahatsızlık ve hastalıklar ile bu hastalıkların periyodik devamlılık ve nöksleri,
- 5.2.** Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformiteler ile ilgili tetkik, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

5.2 Uygulama İstisnası:

- HDI Bebeği Hakkı elde eden sigortalılarda teminat kapsamında değerlendirilir.
- HDI Bebeği olmayan sigortalılarda ise sadece doğuştan gelen hastalıkların ilk tanısının konulduğu muayene gideri (öncelikle Sigortalı tarafından ödenmesi şartı ile) teminat kapsamında değerlendirilir.

- 5.3.** Genetik hastalıklar, genetik kusurlar ve genetik incelemeler, (Genetik Anomali ve Hastalıklar'ın araştırılması ve taranması ile ilgili tetkikler, her türlü gen haritasının çıkarılması giderler vb.)

- 5.4.** Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,

5.4 Uygulama İstisnası:

- HDI Bebeği Hakkı elde eden sigortalılarda, doğum tarihinden itibaren ilk otuz (30) gün içinde oluşan Erken Doğum (prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderlerinin poliçeye giriş tarihinden sonraki kısmı "Küvöz ve Prematürite" teminat limit, katılım payı ve muafiyetleri doğrultusunda kapsam dahilindedir.

- 5.5.** Skolyoz, Kifoz vb. her türlü omurga eğrilikleri Halluks Valgus ile ilgili tetkik ve tedaviler,

- 5.6.** HIV virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm giderler, AIDS ve komplikasyonları,

- 5.7.** Her tür nedenle sünnet ve fimosiz tedavisi

- 5.8.** Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),

- 5.9.** Kısırlık tedavisi ve doğum kontrol yöntemlerine ilişkin aşağıdaki giderler;

- Düşük nedenlerinin araştırılması, infertilite (kısırlık) teşhis ve tedavisi, (ovülasyon takibi, infertilite tetkiki amaçlı yapıldığı belirlenen HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.) üremeye yardımcı tedavi uygulamaları ve tetkik (tüp bebek, mikroenjeksiyon, medikal ve cerrahi her tür yapay dölleme, embriyo klonlaması, kısırlıkla bağlantılı

varikosel, her ne nedenle olursa olsun kadınlarda yumurta toplama ve saklama işlemi ile erkeklerde sperm toplama ve saklama, spermiyogram, Anti Müllerian Hormon vb) işlemlerine ait tüm giderler.

- Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler.

5.10. Geriatrik hastalıklar,

5.11. Demansiyel sendromlar (Alzheimer hastalığı ve bunamalar),

5.12. Psikiyatrik hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili tüm giderler, psikiyatrik ilaçlar,

5.13. Her ne nedenle yapılırsa yapılsın zeka testi, ses ve konuşma terapileri

5.14. Yapıldığı kuruma ve yapan kişinin uzmanlığına bakılmaksızın kilo kontrol bozuklukları ile ilgili (şişmanlık veya zayıflık) tetkik ve tedavi giderleri, Hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili giderler, telenjiektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi),

5.15. Organ, doku ve kan naklinde verici giderleri, organ ve doku bedeli ve organ ve dokunun koruma ve ulaştırılması masrafları,

5.16. Şaşılık, görme tembelliği ve gözde kırma kusuru,

5.17. Kaza sonucu veya yanma sonucu olmadığı takdirde estetik ve rekonstrüktif cerrahi, jinekomasti tetkik ve tedavileri, meme küçültme ve büyütme ameliyatları,

5.18. Alerji aşılı ve alerjik hastalıkların klasifikasyon testleri,

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

5.20. Uyku bozuklukları, horlama ve uyku apne sendromu (polisomnografi, uyku EEG'si vb.), septum deviasyonu, konka hipertrofisi, nazal valv hastalıklarına ait tüm tetkik, tedavi ve aparat giderleri,

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

- 5.22.** Kök hücre ve kordon kanı-embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanser tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),
- 5.23.** Suni Uzuv ve Protez ile Yardımcı Tıbbi Malzeme teminat uygulama esaslarında belirtilmeyen her türlü alet, cihaz ve yine her ne isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli ile ilgili tüm giderler,
- 5.24.** SGK onay vermiş olsa dahi tıbbi gereklilik olmayan Robotik cerrahi uygulamaları ve buna ilişkin ilave teknoloji bedelleri,

5.24 Uygulama İstisnası

Robotik yöntemin planlanan cerrahi girişim açısından tıbben zorunlu olması veya standart yöntemlere göre belirgin tıbbi üstünlük sağladığının ilgili uzman hekim tarafından ayrıntılı şekilde belgelendirilmesi halinde, Sigortacı tarafından değerlendirilir. Sigortacı'nın gerekli gördüğü durumlarda danışman hekim ve/veya danışman firma görüşü alınabilir. Nihai karar Sigortacı'ya aittir. Bu kapsamda verilecek onaylar yalnızca ilgili başvuruya özel olup, genel bir teminat hakkı oluşturmaz. Hastane, hekim veya sigortalı tercihi tek başına onay gerekçesi sayılmaz.

- 5.25.** Aşağıda belirtilen yerlerde veya sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan tüm işlemler ve bu işlemlere bağlı komplikasyonlara yönelik tüm giderler,
- Kaplıca ve termal merkezleri,
 - Çamur banyoları, şifa kürleri,
 - Masaj, jimnastik salonları ve zayıflama merkezleri,
 - Estetik güzellik, lazer, anti aging, diyet, zayıflama merkezleri,
 - Sağlıklı yaşam koçluğu merkezleri,
 - Senatoryum, huzurevi, bakımevi, çocuk bakımı merkezleri,
 - İşitme cihazı satan merkezler,
 - Ayak sağlığı ve/ya ayak bakım merkezleri
 - Lens ve optik merkezleri ile işitme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,
- 5.26.** Sağlık kurumu tanımına uymayan, "Tanımlar alanında" belirtilen sağlık kurumları dışındaki diğer kurumlar; sağlık hizmet birimlerinde yapılan her türlü gider ile özel hemşire, yardımcı sağlık personeli (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı ücretleri vb) giderleri,

- 5.27.** Sigortacı tarafından onaylanmış tanı ve tedavi süreci ile ilgili olsa dahi telefon, hasta ve refakatçi yemekleri haricindeki yiyecekler ve benzeri tüm ekstra harcamalar, suit oda farkı, özel hemşire masrafları ile ulaşım ve konaklama giderleri,
- 5.28.** Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve hastalıklar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen Sigortalı'nın hastalık, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,
- 5.29.** Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen işlemlerde, Poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilmiş limit üzerinde kalan tutar,
- 5.30.** Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur ve PRP (Platelet Rich Plasma -Trombositten Zengin Plazma) gibi alternatif tıp uygulamaları ve her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,
- 5.31.** Hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol ve tarama amaçlı yapılan işlemler,
- 5.32.** Kontrol amaçlı Hepatit markerlerine ait giderler (Karaciğer enzim değerlerinin normal değerlerin üzerinde olması durumunda yapılanlar hariç),
- 5.33.** İşbu Özel Şartlar'da tanımlanmış olsun veya olmasın, Teminat Tablosunda yer almayan herhangi bir teminat kapsamına giren sağlık giderleri veya işlemler,
- 5.34.** Profesyonel olarak yapılan her türlü müsabaka ve/veya antrenmanları nedeniyle oluşan hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin tüm giderler,
- 5.35.** Tehlikeli veya yüksek riskli spor faaliyetleri (dağcılık, paraşüt, dalış, motor sporları, hava sporları, rafting, dövüş sporları ve benzeri ekstrem aktiviteler) sırasında meydana gelen her türlü kaza, yaralanma, hastalık ve bunlara bağlı tedavi giderleri,
- 5.36.** Sigortalı'nın, ehliyetsiz araç kullanımı sonucu olan kazalarının gerektirdiği tedavi masrafları,
- 5.37.** Sigortalının hastalık ve/veya rahatsızlık sonucu çalışamaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,
- 5.38.** Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası,
- 5.39.** Sigortacı tarafından teminat kapsamında değerlendirilerek kabul edilen ambulans hariç her türlü ulaşım gideri,
- 5.40.** GSS hak sahipliği aktif olmayan sigortalılara ait tüm giderler,
- 5.41.** Sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları SGK Katılım Payı,

- 5.42.** SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında, SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında, SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü giderler,
- 5.43.** Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina
- 5.44.** Sağlık Uygulama Tebliği'inde (SUT) yer almayan işlemler.
- 5.45.** Sigortacının belirlediği kurumlar dışındaki Teletıp (online verilen hizmetler) kapsamında yapılan tüm giderler ile uzaktan sağlık hizmeti giderleri.
- 5.46.** Anlaşmasız Kurumlarda gerçekleşen, "Sağlık Uygulama Tebliği, Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri'" maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri,
- 5.47.** Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen rutin kontrol, teşhis yöntemleri ve tetkikler.
- 5.48.** İşbu Özel Şartlar'da tanımlanmış olsun veya olmasın, Teminat Tablosunda yer almayan herhangi bir teminat kapsamına giren sağlık giderleri veya işlemler,
- 5.49.** Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider ve tercüme bedelleri,
- 5.50.** Poliçe geçerlilik süresi dışında gerçekleşen tüm giderler,

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

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

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

6. COĞRAFİ KAPSAM

Bu sigorta sözleşmesi, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.) yurtdışı olarak değerlendirilecektir.

7. TEMİNATLARIN UYGULAMA USÛL VE ESASLARI

7.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU

İşbu Yatarak Tedavi Teminatı Grubu aşağıda belirtilen teminatlar için güvence sağlar.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Tetkik amaçlı yatışlar, yatarak tedavi teminatı kapsamı dışındadır.

Sigorta süresinin sona ermesi ve poliçenin yenilenmemesi durumunda, sona erme tarihinden önce Sigortacı'ya bildirilen ve Sigortacı tarafından kabul edilen hastalık ve/veya rahatsızlıklar için, aşağıdaki şartlar altında teminat devam eder.

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

7.1.1. Ameliyat

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

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

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

7.1.2. Hastane Tedavisi

Ameliyat gerektirmeyen ve tedavinin sağlık kurumunda en az 24 saat yatış (normal oda ya da yoğun bakım) gerektirmesi durumunda ilgili tüm sağlık giderler, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.1.3. Günübirlik Tedavi

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

a) Kemoterapi tedavisi,

b) Radyoterapi tedavisi,

c) Genel anestezi, bölgesel/lokal anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler,

d) Hemodiyaliz tedavileri,

e) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" eki "Tıp Merkezlerinde Gerçekleştirilebilecek Cerrahi Müdahaleler Listesi"nde yer alan işlemler,

7.1.4. Hastane Dışı Tedavi

Sigortalının sağlık kurumlarındaki yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için;

- Sigortalı'nın sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde,
- Sigortacı'nın onay vermesi halinde bir tıbbi bakım merkezinde,
- Sadece tıp eğitimi görmüş personel (doktor, hemşire gibi) tarafından yapılan;
 - 24 saat kesintisiz tıbbi bakım ve izlem gerektiren tedavilerine ilişkin tüm giderlerini (ekipman, tıbbi malzeme, sağlık giderleri vb.),
 - Sigortalının sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde talep edilen pansuman, serum uygulaması, enjeksiyon vb. günübirlik işlemler.

Hastane Dışı Tedavi giderleri, sigorta süresi içinde Teminat Tablosunda belirtilen “Hastane Dışı Tedavi Teminatı” limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için;

- Sigortalı’yı tedavi eden doktor tarafından yazılan,
- Sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir tıp eğitimi görmüş personel eşliğinde yapılması,
- Sigortalı’nın sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde veya tıbbi bakım merkezinde sürdürülmesi gerektiğini belirten bir raporla Sigortacı’ya bildirilmesi,
- Hizmetin hastaneye yatış nedeniyle ilgili tedavinin devamını oluşturması,

Bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin Hastane Dışı Tedavi gerçekleşmeden önce Sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

Hastane Dışı Tedavi Teminatı kapsamında ödeme yapılabilmesi için bu hizmeti veren kurumun, Sağlık Bakanlığı tarafından verilmiş çalışma ruhsatına sahip olması ve verilen hizmetin detayının görülebildiği bir fatura düzenlenmiş olması gerekmektedir.

Sigortalının günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, yatağa bağımlı olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, ağız yoluyla ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor olması, üriner kateter bulunması, evde yalnız yaşıyor olması ve sosyal desteğe gereksinimi olması gibi nedenlerle alınan bakım hizmetleri bu teminat kapsamına girmez.

7.1.5. Suni Uzuv

Sigortalılık süresi içinde meydana gelen kaza veya hastalık sonucu gerekli olacak (suni el, kol, bacak, meme, göz vb.) protez ve cerrahi uygulamasına ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sözleşme kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi operasyonu sonrası, gerekli olan meme protez ve rekonstrüktif cerrahisine ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.1.6. Acil Ulaşım

Hayati tehlike gösteren acil hallerde Sigortalı'nın, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna nakli için yapılan masraflar Sigortacı'nın onay vermesi kaydıyla bu teminat kapsamında ödenir. Sigortalı'nın bulunduğu yerde tedavisi mümkün değil ve sağlık durumu, bulunduğu yere en yakın olan donanımlı bir sağlık merkezine kara ambulansıyla taşınmasına uygun değil ise, GSS Kapsamında SGK'nın onay verdiği durumlarda Sigortacı'nın da onaylaması şartı ile hava, deniz ambulansı veya hava taşımacılığı ile sağlanabilir. Uluslararası ambulans taşıma hizmeti kapsam dışıdır.

7.1.7. Tıbbi Malzeme

Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbasından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler ile hastanede yatarak gerçekleşen veya evde bakım sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen "Tıbbi Malzeme" teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Ayakta Tedavi ve Doğum teminatları kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak poliçede ilgili teminatlar varsa bu teminat kapsamında karşılanır.

GSS kapsamında karşılanmayan hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, FDA onaylı olması ve gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenerek Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

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

7.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNAT GRUBU

Teşhis ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, Sağlık Kurumları'nda yapılan doktor muayene, görüntüleme ve laboratuvar işlemleri ile fizik tedavi giderleri bu teminat kapsamında, Teminat Tablosunda belirtilen limit, katılım payı ve/veya muafiyet tutarı dikkate alınarak ödenir.

Triyaj uygulamasında Yeşil ve Sarı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.2.1. Doktor Muayene

Sigortacı'nın Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için sözleşme yapmış olduğu ve aynı zamanda GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan sağlık kurumları bünyesinde kadrolu olarak çalışan (SGK tarafından da anlaşılmalı olarak kabul edilen) tıp doktoru tarafından yapılacak muayenelere ait giderleri kapsar.

7.2.2. Laboratuvar

Hastalığın tanısı ve ileri tetkiki için tıbben gerekli görülen laboratuvar tetkikleri ile ilgili bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.2.3. Görüntüleme

Hastalığın tanısı için tıbben gerekli görülen radyolojik tetkikler, ultrasonografi, mammografi, ilaçlı ve ilaçsız grafiler, EKG, Eforlu EKG, odyometri, EMG, ürografi ve benzeri görüntüleme giderleri ile bu işlemler esnasında kullanılan kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.2.4. Modern Teşhis

Hastalığın tanısı için tıbbi gereklilik dolayısıyla uygulanan modern teşhis yöntemleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Modern teşhis teminatından ödenecek işlemlerden bazıları bilgi amacıyla aşağıda belirtilmiştir:

- Tomografi, MR, anjiyografi, endoskopik tetkikler, tetkik amaçlı (insizyonel) biyopsiler, sintigrafi ile bu işlemler esnasında kullanılan kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler
- Tanıya yönelik girişimsel tetkikler ile endoskopik tetkikler; Diagnostik artroskopi, diagnostik laparaskopi, kolonoskopi, gastroskopi, sistoskopi, kolposkopi, bronkoskopi, mediastinoskopi, biyopsi, USG eşliğinde biyopsi, anjiyografi (koroner ve serebral (DSA) anjiyografi hariç), MR eşliğinde anjiyografi.

7.2.5. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

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

- Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge bir (1) seans olarak değerlendirilir.
- Fizik tedavinin sağlık kurumunda yatarak yapılması halinde, fizik tedavi giderleri dışında faturalandırılan oda, yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır), doktor takibi vb. giderler ödenmez.

7.3. DOĞUM TEMİNATI

Annelik Doğum ve Annelik Rutin Kontrol teminatı poliçede yer alan kendisi veya eşi konumundaki 18 yaş üzeri kadın sigortalılar için geçerlidir.

7.3.1. Annelik Doğum:

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

7.3.2. Annelik Rutin Kontrol:

Hamileliği ilgilendiren her türlü kontrol muayene ve rutin tetkikler hamilelik rutin kontrol teminatı kapsamında, teminat tablosunda belirtilen oran ve limitler dahilinde ödenir.

8. SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMA ESASLARI

8.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI

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

ve bilgiler bilgilendirme amaçlı olup, hizmet alınmadan önce mutlaka Sigortacı'dan provizyon alınması gerekmektedir.

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

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

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

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

Sigortalı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda Sigortalı olduğunu belirtmek, T.C. kimlik numarasının yazılı olduğu resimli kimlik belgesini ibraz etmek ve teminat tablosunda Teminat Tablosunda belirtilen katılım payı, muafiyet tutarı ve limit üzerinde kalan tutarı ödemekle yükümlüdür.

8.2. ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMLARI

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

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

Sigortalılar, Anlaşmasız Kurumlarda ya da Anlaşmalı Kurumlarda sigortalının öncelikle kendisinin ödediği sağlık hizmetlerine yönelik gerekli tüm bilgi ve belgeleri Sigortacının yönlendirdiği online platformlar üzerinden ya da Sigortacı'nın adresine fiziki olarak (kargo ya da posta yolu ile) Sigortacı'ya ulaştırmalıdır.

SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastaneler ve branşlarda gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

9. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Provizyon verilen kurumlarda, provizyon onayı alınarak hizmet alınması gerekir. Provizyon süreci işletilmeden Sigortalının kendisinin ödeyerek, daha sonra Sigortacı'dan geri ödeme talep etmesi halinde geri ödeme, Sigortacının ilgili Provizyon verilen kurum ile anlaşmalı tutarları dikkate alınarak yapılacaktır.

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

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

- i) Her türlü adli olayda (trafik kazası dahil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli vaka raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),
- j) Anlaşmalı ya da Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında gerçekleşen işlemlere ait kullanılan Özellikli Tıbbi Malzemelerin irsaliye faturası,
- k) Anlaşmasız Kurumlarda gerçekleşen tedaviler SUT paket fiyatları dikkate alınarak teminat tablosunda belirtilen limit ve ödeme oranları kapsamında değerlendirilecektir.

Sigortalı'nın sigorta süresi içinde vefat etmesi durumunda tedavi süresi içerisinde oluşan sonradan ödemeye konu olacak sağlık giderleri, poliçenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde tazminat talebi için gereken belgelere ek veraset ilamı, kanuni varislerin banka hesap bilgileri.

Tazminat talebinin değerlendirilebilmesi için, Sigortacı tarafından gerekli görülmesi durumunda, Sigortalı'dan ek bilgi ve belge talep edilebilir. Sigortacı'nın evrak asıllarını veya görüntülemelere ait CD'leri isteme hakkı saklıdır.

Sigortacı, sağlık giderlerine ilişkin daha fazla araştırma yapmak, Sigortalı'nın tedavisini gerçekleştirecek olan doktor, sağlık kurumu ve diğer kişilerden tanı ve/veya tedavi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, referans doktora Sigortalı'yı muayene ettirmek hakkına sahiptir.

Tazminat talepleri, işbu Özel Şart ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde, teminat tablosu doğrultusunda, sunulmuş olan bilgi ve belgeler dikkate alınarak değerlendirilir. Sağlık giderlerine konu olan tetkik ve tedavilerin bir doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına tıbbi gereklilik olduğunu göstermez. Olası uyuşmazlıklarda Sigortacı'nın Referans Doktor ve / veya Sigortacının anlaşmalı olduğu Tıbbi Danışman Firma görüşü esas alınır.

Tazminata konu sağlık gideri olarak gönderilen toplam fatura tutarından, işbu Sözleşme ile Sağlık Sigortası Genel Şartları dikkate alınarak, varsa teminat dışı giderler çıkarıldıktan sonra onaylanan toplam tutar, kabul edilebilir sağlık gideri olarak değerlendirilir. Hesaplanan kabul edilebilir sağlık giderinin teminat limitinin üstü, sigortalı katılım payı ve/veya muafiyet tutarı olarak değerlendirilen bölümü için Sigortalı'ya ödeme yapılmaz.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olan doğuştan gelen hastalıklar ile bekleme süresine tabi olan hastalıkların ilk tanısının konulduğu muayene gideri, Anlaşmalı Sağlık

Kurumu'na başvurulmuş olsa dahi öncelikle sigortalı tarafından ödenir. Sigortalı tarafından ödenen sağlık giderlerine ilişkin tüm belgeler, Sigortacı'ya ulaştıktan sonra, işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile teminat tablosuna göre Sigortacı tarafından ödenir.

Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında yapılan giderlerde tazminat ödemeleri, tazminat değerlendirmesi için gerekli tüm bilgi ve belgelerin Sigortacı'ya ulaştığı tarihten itibaren en geç 5 (beş) iş günü içinde Sigortalı tarafından bildirilmiş ya da Sigortacının yönlendirdiği online platformlar üzerinden poliçede tanımlanmış olan hesap numaralarına yapılacaktır. Bu hesabın artık kullanılmaması veya tazminat ödemesinin başka bir hesap numarasına yapılmasının istenmesi halinde, yeni hesap numarasının, Sigortacı'ya yazılı olarak bildirilmesi ya da Sigortacı tarafından sağlanan online platformlar üzerinden tanımlanması gerekmektedir.

5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu kapsamında tazminat ödemeleri sadece sigortalının kendisine ya da noter tasdikli vekaletname ve sigortalı tarafından imzalanmış beyanı ile talep edilmesi durumunda avukatına ait hesap numarasına yapılabilir.

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

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

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

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

- Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanseri tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yeni doğana verilen sağlık hizmetleri,

- Organ, doku ve hücre nakilleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Diyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri

10. BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigortacı aşağıdaki koşulları esas alarak tıbbi değerlendirme yapar;

- Sigorta sözleşmesinin kurulması aşamasında; Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren'in ilk başvurusunda Sigortacının yönlendirdiği online platformlar veya Teklif/Başvuru Formunda sigorta tazminatına konu etmiş olsun/olmasın sağlık durumunu beyan etmesi ile,
- Sigortacının yönlendirdiği online platformlar veya Teklif/Başvurunda Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren'in sağlık beyanına yönelik sorulan sorulara verilen yanıtları doğru alanlarda işaretlemesi ile,
- Sigorta sözleşmesinin yenilenmesi aşamasında; Sigortalı'nın yıl içindeki tazminatları ve sağlık durumu ile,

Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren; Sigortacının yönlendirdiği online platformlar veya Teklif/Başvuru Formunda yer alan sorulara doğru alanlarda, tam ve doğru olarak cevap vermekle yükümlüdür. Sigortacı gerekli gördüğü hallerde ek beyan, bilgi ve belge talep edebilir.

- Söz konusu beyanın gerçeğe aykırı veya eksik olması, beyan yükümlülüğünün yerine getirilmemesi, Sigortacının yönlendirdiği online platformlar veya Teklif/Başvuru Formunda doğru alanda bilgi verilmemesi durumunda Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca Sigortacı'ya tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, ilgili durumun tespit edildiği tarih itibarıyla sigorta sözleşmesi şartları yeniden düzenlenebilecektir. Bu durumda aşağıdaki durumlar söz konusu olabilecektir; Bu durumda aşağıdaki durumlar söz konusu olabilecektir;
 - Sigortacı tarafından ödenen tazminatların Sigortacı'ya iade edilmesi
 - Sigortacı tarafından sözleşme şartlarının yeniden belirlenmesi (muafiyet, ek prim, limit vb. uygulanabilecektir)

- Sigorta sözleşmesinin iptali

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilen beyan ve ihbar yükümlülüğünün yanı sıra Sigortacı, yönlendirdiği online platformlar üzerinden veya Teklif/Başvuru Formu ile aldığı sağlık beyanına ek olarak sigorta kapsamını ilgilendiren bütün konularda doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma, gerektiğinde Sağlık Sigortası Bilgi Merkezi (SAGMER)'nden bilgi alma ya da SAGMER'e bilgi verme hakkına sahiptir.

Sigorta Ettiren ve Sigortalı, Sigortacı'nın, bu başvuru sonrasında kurulabilecek Sağlık Sigortası Sözleşmesi'nin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi vb.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalı adayları için doktor, sağlık kurumları, sigorta şirket(ler)i ve/veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile doğrudan doğruya ya da Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi vasıtasıyla, gizlilik sözleşmesi bulunması kaydıyla, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, sır niteliğindeki bilgileri öğrenebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dâhil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmesi görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde tüm sigortalılar ve sigorta ettiren hakkında toplayacağı her türlü bilgiyi, verebilmesini kabul ve beyan eder.

11. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

11.1. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİNE İLİŞKİN UYGULAMA ESASLARI

Mevcut sigorta sözleşmesi, Sigortacı'nın yapacağı değerlendirme sonucunda, bitiş tarihi itibari ile en geç 30 gün içerisinde yenilenebilir.

Sigortacı, yapacağı değerlendirme sonucunda sigorta sözleşmesini hiç yenilemeyebileceği gibi, sigortalının mevcut rahatsızlıkları ve/veya hastalıkları için ek şart (limit, istisna, risk (hastalık) ek primi, kullanıma bağlı ek prim) uygulayarak yenileyebilir.

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı tarafından aksi yazılı olarak talep edilmedikçe Sigortacı, sona eren sözleşmeyi bitiş tarihi itibariyle otomatik olarak yenileyebilir. Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki sigorta sözleşmesindeki prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı yenilemede de geçerli olacaktır. Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalının, yenilenen sözleşmenin başlangıç tarihi itibariyle ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptali talebinde bulunması halinde, yenilenen poliçede herhangi bir tazminat ödemesi olmaması kaydıyla poliçe başlangıç tarihi itibariyle iptal edilir ve primin tamamı

Sigorta Ettiren'e iade edilir. Tazminat ödemesi yapılmış/ yapılacak olması veya talebin 30 günden sonra gelmesi durumunda, "Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı" maddesi uyarınca iptal yapılır.

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

Yenilenen sigorta sözleşmesi, kural olarak biten sigorta sözleşmesi ile aynı teminat yapısına sahip aynı sigorta ürünü olmalıdır. Sigorta Ettiren / Sigortalı poliçe yenilemesinde anlaşmalı sağlık kurum ağı ve teminat genişletme talebinde bulunabilir. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre;

- Plan ve/veya ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb) kabul etme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını korumama veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi ek şart uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkı saklıdır.
- Sigortacı'nın, bu değişiklik talebini kabul etmesi halinde, önceki sigorta sözleşmesinin kazanılmış hakları ile bağlı kalmaksızın, yeni talep edilen teminat yapısı veya yeni sigorta ürünü hüküm ve şartları ile sigorta sözleşmesi yenilenebilir.

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

11.2. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ (ÖBYG)

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

Sigortacı, aşağıdaki hüküm ve şartlara göre;

- Sigortalı'nın sigorta primini düzenli ödeyerek sigorta sözleşmelerini sigortacıdan düzenli olarak yenilemesi,

- Sigortacı'nın, ilgili sigorta ürün grubuna ait risk kabul uygulamaları ve poliçenin yenileme tarihinde geçerli özel şart hüküm ve koşulları doğrultusunda risk değerlendirmesi yaparak

yeniden risk değerlendirmesi yapılmaksızın ÖBYG hakkını vermeyi kabul, beyan ve taahhüt eder.

Daha önce Sigortacı tarafından onaylanmış bir sağlık giderine konu olmuş hastalık / rahatsızlıklar için ÖBYG değerlendirmesi aşamasında ek şart (muafiyet, limit, ek prim vb.) uygulanması durumunda ÖBYG verilme tarihi sonrası şartlar geçerlidir.

ÖBYG hakkı kişiye özel bir hak olup, bu hakkı kazanmış Sigortalıya aittir. İşbu madde anlamında kesintisiz sigortalılık süresi, aynı sigorta sözleşmesinde mevcut tüm sigortalı bireyler bakımından da ayrı ayrı aranılacaktır.

ÖBYG hakkı, aşağıda belirtilen durum ve şartlarla değerlendirilerek kararlaştırılacaktır; ÖBYG hakkının verilir verilmeyeceği, aşağıda belirtilen durum ve şartlarla değerlendirilerek kararlaştırılacaktır;

11.2.1. İlk Giriş ve Mevcut Sigortalılar İçin ÖBYG Uygulaması

ÖBYG hakkı, Sigortalı'nın, Sigortacı'da 64 (64 dahil) yaşından önce sigortaya ilk giriş yaptığı, kesintisiz üç yıl sigortalı kaldığı ve bu süre içerisinde "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesine uygun davrandığı durumlarda, Sigortacı tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre sigortalanması uygun görülen kişilere verilebilir. Ancak, Sigortacı'nın değerlendirme sonucuna göre, Sigortalı'ya bu hakkı ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) verme hakkı saklıdır.

Sigortacı tarafından ÖBYG hakkı değerlendirmesi, kesintisiz üç yıl sigortalılık süresi dolduktan sonraki ilk yenileme döneminde yapılır.

11.2.2. Geçişlerde ÖBYG Uygulaması

11.2.2.1. Diğer Sigorta Şirketinden Geçiş

Diğer sigorta şirketlerinde herhangi bir sağlık sigorta poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, Sigortacı'dan sağlık sigortası almak istediği durumlarda önceki şirketinden kazanılmış hak bilgisini Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir.

Önceki sigorta şirketinde kazanılmış olsa dahi, geçiş yapma talebinde bulunan sigortalı adayı için Sigortacı tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre ek şart (muafiyet, limit, ek prim vb) uygulama hakkı saklıdır.

11.2.2.2. Sigortacı Bünyesinde Geçiş

❖ Grup Poliçesinden Ferdi Poliçeye Geçiş

Grup sözleşmesi kapsamında verilen ÖBYG hakkının, ferdi poliçeye geçiş sırasında geçerli olabilmesi için, sigortalının geçiş yaptığı ilgili grup sözleşmesindeki “Ferdî Poliçeye Geçişlerde ÖBYG kriterlerine” göre değerlendirme yapılır. Sigortacı tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre ek şart (muafiyet, limit, ek prim vb) uygulama hakkı saklıdır.

❖ Ürün Değişikliği

Sigortalı, ÖBYG hakkı aldıktan sonra yenileme dönemlerinde sigorta ürününü değiştirmek istediği takdirde, Sigortacı ÖBYG hakkını yeniden değerlendirir. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre, daha önce verilen ÖBYG hakkının geçerliliğini kaldırma, ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) kabul etme veya ürün değişikliğini reddetme hakkına sahiptir.

Yukarıda belirtilen kriterlere göre ÖBYG hakkına sahip olunması halinde dahi yenilemelerde “Sözleşmenin Yenilenmesine İlişkin Uygulama Esasları” maddesindeki hüküm ve şartlara göre hareket edilmelidir.

Sigortacı, ÖBYG hakkı olan Sigortalıların poliçelerinin muadil teminatlarla yenilenmesinden sorumludur. Sigortacının ürün satışını durdurması durumunda, Sigortalı'nın poliçesini muadil bir ürün ile yeniler.

ÖBYG hakkına sahip Sigortalı'nın bu hakkının korunabilmesi için devam eden ve sonraki sözleşmelerinin aralıksız olarak muadil teminat yapısı ile yenilenmesi, primlerinin düzenli olarak ödenmesi gerekir. Sigortalı ÖBYG hakkı alındıktan sonra yenileme dönemlerinde sigorta teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, Sigortacı ÖBYG hakkını yeniden değerlendirir. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre, daha önce verilen ÖBYG hakkının geçerliliğini kaldırma, ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) kabul etme veya plan değişikliğini reddetme hakkına sahiptir.

Şirketimizde bu ürün kapsamında kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışında olup ayrıca ilk sigortalılık tarihinden sonra ortaya çıkan rahatsızlık/hastalıklarla ilgili, ÖBYG hakkı elde edilen tarihe kadar, yenileme dönemlerinde yeniden tıbbi değerlendirme yapılarak ek şartlar (limit, muafiyet, ek prim vb.) uygulanabilir.

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

ÖBYG hakkı için risk değerlendirmesi yapılan tarih ile poliçenin yenileme tarihi arasında, Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı yenileme koşullarını gözden geçirerek, ÖBYG hakkını tekrar değerlendirme, poliçeyi yenilememe, ek şartlar (limit, muafiyet, ek prim vb.) uygulama hakkına sahiptir.

Sigortalı'nın ÖBYG hakkı olsa bile aşağıdaki koşulların oluşması halinde, duruma göre Sigorta Ettiren/ Sigortalı'ya yaptığı haksız ödemeler ile ilgili rücu hakkı saklı kalmak üzere, Sigortacı sigorta sözleşmesini iptal etme veya ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb) uygulayarak devam ettirme veya ÖBYG hakkını değiştirme veya kaldırma hakkına sahiptir:

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

12. PRİM TESPİTİ

İlk defa sigortalanan kişiler için prim tespitinde, ürün tarife fiyatı baz alınır. Aynı planda kalmak süretiyle poliçesinin yenilenmesine karar verilen kişi için yenileme primi, aynı yaş ve cinsiyetteki ilk defa sigortalanan sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 katını geçemez.

12.1. PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

12.1.1. Tarife Primi:

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

12.1.2. Poliçe Primi:

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

12.1.3. Ödenecek Poliçe Primi:

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

12.2. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

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

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

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

Tazminat/Prim (T/P) oranına bağlı indirim Sigortacı'nın bu uygulamanın bulunduğu bireysel sağlık poliçe yenilemelerinde uygulanır.

T/P oranına bağlı indirim uygulaması giriş kademesi ve 5 adet indirim kademesi ile beraber toplam 6 kademedен oluşmaktadır. İlk defa sigortaya dahil olup yeni iş kapsamında değerlendirilen sigortalılar, bu uygulamaya giriş kademesinden (6.kademe) başlar.

Sigorta'lının yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile "Ödenen Tazminat / Ödenecek Poliçe Primi" (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yenileme poliçesinin kademesi belirlenir.

- Poliçe kapsamında ödenen tüm tazminatlar T/P indirim uygulamasında dikkate alınır.

- Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde son 3 yıl T/P ortalamasına göre kademe belirlenir.
- Grup sağlık poliçesinden bireysel sağlık poliçesine geçişlerde son yıl T/P oranına göre kademe belirlenir.
- Poliçeye ara dönemde girişi yapılan 0-1 (bir) yaş aralığındaki çocukların ilk poliçe yenilemesinde, Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yenilenecek poliçe primlerinde herhangi bir indirim uygulaması yapılmayacaktır.
- Bu indirim doğum teminatı içeren planlar için geçerli değildir.

Yenileme poliçesi;

- T/P oranı %35'den (hariç) küçük ise bir üst kademe,
- T/P oranı %35 (dâhil) ile %70 (hariç) arasında ise aynı kademe,
- T/P oranı %70 (dâhil) ile %140 (hariç) arasında ise bir alt kademe,
- T/P oranı %140'dan büyük ise iki alt kademe ile yenilenir.

Her bir kademenin indirim oranı aşağıdaki şekildedir:

Kademe	İndirim					
	1	2	3	4	5	6
İndirim Oranı	-42%	-35%	-30%	-20%	-10%	0%

12.2.2. Risk Ek Primi:

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

12.2.3. Diğer İndirim ve Ek Primler:

Sigortacı tarafından, dönemsel olarak düzenlenecek olan kampanyalar ve belirli kurallar çerçevesinde indirimler uygulayabilir. Sigortacı, sunduğu bu indirimleri uygulama, indirim oranını değiştirme veya indirimi uygulamadan kaldırma hakkını saklı tutar.

13. SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI

Bu sigorta ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden, başvuru tarihinde 14 gün ile 64 (64 dahil) yaş aralığındaki kişiler ile Ömür Boyu Yenileme Garantisi (“ÖBYG”) almış 64 yaşından büyük kişiler sigortalanabilmektedir.

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

Şirketimizde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerinde ilk sigortalanma tarihi öncesinde aşağıda yer alan hastalık gruplarından herhangi birini geçirmiş kişiler bu ürün kapsamında sigortalanamaz. Aşağıdaki hastalık/risk gruplarından bir ya da birkaçının sigortalanma tarihi öncesinde var olduğunun tespit edilmesi durumunda Sigortacı'nın değerlendirme yaparak işbu Özel Şartlar “Azami İyi Niyet Prensibi” maddesi kapsamında poliçeyi iptal etme ya da ek şart uygulama hakkı saklıdır.

Hastalık/Risk Grupları:

- Tüm Malign (Her türlü kanser, kötü huylu/seyirli tümör, kitle vb) hastalıklar,
- Organ yetmezlikleri, eksiklikleri, anomalileri ile organ nakil hastaları vb.,
- Kronik Akciğer, Kronik Karaciğer ve Kronik Böbrek Hastalıkları (Diyaliz Hastaları, Tek Böbrekliler, Polikistik Böbrek, Nefrotik Sendrom, Tüberkiloz, Sarkoidoz, Amfizem, Hepatitler, Siroz vb.),
- Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları (İskemik Kalp Hastalıkları, Miyokard Enfarktüsü, Kalp Kapak Hastalıkları By Pass Geçirenler, PTCA, Stent Hasta Sinüs Sendromu, Kardiyomyopati, Kalp Yetmezliği, Hipertansiyon, Vaskülitler, Anevrizmalar, Malformasyonlar vb.)
- Kas İskelet Sisteminin Kronik Hastalıkları (Myastenia Gravis, Konjenital Myopatiler, Musküler Distrofiler vb.),
- Merkezi Sinir Sisteminin Organik ve İlerleyici Hastalıkları (Epilepsi, Felç, Alzheimer, Parkinson, Serebral Palsi, Multipl Skleroz vb.),

- Sindirim Sisteminin Kronik Enflamatuvar Hastalıkları (Crohn, Ülseratif Kolit, Pankreatit v.b.)
- Psikolojik/Psikotik Hastalıklar (Major Depresyon, Psikozlar, Bipolar Bozukluklar, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Yeme Bozuklukları vb.),
- Motor Gelişme Gerilikleri,
- Alkol, uyuşturucu ve madde bağımlılığı,
- Metabolik ve Endokrin Hastalıklar (Addison Hastalığı, Cushing Sendromu, Obezite, Diabet, vb.),
- Kalıcı beyin, omurilik hasarı, multiple travma ve ciddi yanıklar vb.,
- Kan-kan yapıcı organların hastalıkları, kanama ve pıhtılaşma bozuklukları (Hemofili, polisitemi, trombositopeni, Majör Thalessemi, Orak Hücreli Anemi,ITP (İdiyopatik Trombositopenik Purpura),Aplastik anemi vb.),
- Romatizmal ve kollajen doku hastalıkları (Romatoid artrit, SLE, ankilozan spondilit, FMF, amiloidoz, behçet vb.),
- Bağışıklık sistemi bozuklukları (AIDS, Immünglobülin eksiklikleri, çölyak vb.),
- Doğumsal, Genetik-Ailevi Hastalıklar (Protein, Karbonhidrat, Lipid metabolizma bozuklukları, MEN Sendromları, Kistik Fibrozis, Polipozis vb.),
- VKI= $\frac{\text{Kilo}}{(\text{boy})^2}$ indeksinin 36 ve üstünde veya 15 ve altında olması (18 yaş ve üstü kişiler için geçerlidir),
- Prematüre doğum (34 hafta ve/veya 2 kg altındaki yeni doğanlar),
- Tam Görme ve İşitme Kaybı Olanlar.

13.1. DEVAM EDEN POLİÇEYE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Aynı poliçe kapsamında sadece anne, baba ve 24 yaşına (dahil) kadar bekar çocuklar sigortalanabilir. Yürürlükte olan sözleşmeye, yıl içerisinde eş ya da çocuk (evlat edinilen ve / veya Koruyucu aile Hizmetinden yararlandırılan çocuklar dahil) için yeni sigortalı girişi, Sigortacı'ya başvuru yapılması durumunda mümkündür.

18 yaş altı çocuklar ebeveyni olmaksızın tek başına, Sigorta Ettiren'in 18 yaş ve üzerinde olması şartıyla sigortalanabilirler.

Başvuru taleplerinin güncel tarihli Başvuru ve Sağlık Beyan Formu ile Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir. Yapılan başvurular Sigortacı'ya bildirim yapılan tarih ile işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde değerlendirilecek ve kabul edilmesi halinde, poliçeye giriş tarihleri olarak sigortacıya bildirim yapılan başvuru tarihi esas alınacaktır. Ancak yeni doğan bebek için sigortaya başvuru, bebeğin doğum tarihinden 14 günden sonra yapılabilir.

Poliçeye eklenecek kişilerin primleri, yıllık prim üzerinden gün esasına göre hesaplanarak alınacaktır.

13.1.1. HDI BEBEĞİ

"HDI Bebeği" hakkı aşağıdaki koşulların sağlanması durumunda verilir.

- Anne veya babanın, Sigortacı'da en az bir yıl kesintisiz sağlık sigortası olması,
- Anne veya babanın poliçesinin devam ediyor ya da poliçe bitiş veya iptal tarihi üzerinden 30 günden fazla süre geçmemiş olması,

Bebeğin doğum tarihlerinden itibaren 30 gün içerisinde Sigortacı'ya bildirim yapılarak poliçe kapsamına dahil edilmesi ve primin ödenerek poliçesinin aktif edilmesi halinde;

- "HDI Bebeği" hakkı verilir ve bebeğin doğum tarihi, "İlk Sigortalanma Tarihi" olarak kabul edilir.
- "ÖBYG" hakkı verilir.
- "Teminat Dışı Kalan Haller" bölümünde HDI Bebeği için Uygulama İstisnası olarak belirtilen maddeler kapsam dahilindedir.
- "Bekleme Süreleri" uygulanmaz.
- Ek prim alınabilir ancak hastalık istisnası uygulanmaz.
- "HDI Bebeği" olarak poliçeye girişi yapılan sigortalıların doğum tarihinden itibaren otuz (30) gün içerisinde oluşan Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderlerinin poliçe giriş tarihinden sonraki kısmı "Küvöz ve

Prematürite” poliçe eki olan teminat tablosunda belirtilen limit dikkate alınarak teminat kapsamında olur.

Doğum tarihlerinden itibaren sigortacıya bildirim yapılmayarak ilk 30 gün içerisinde poliçe kapsamına dahil edilmeyen bebekler, HDI Bebeği olarak kabul edilmezler ve bu bebeklerin sigortaya kabulünde; standart yeni giriş kuralları uygulanır.

Poliçenin iptal edilmiş olması veya HDI Bebeği uygulaması olmayan ürünlere geçiş yapılması durumlarında HDI Bebeği hakkı sona erer ve yeni poliçe taleplerinde bu hak verilmez.

14. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

ÖBYG, ilk sigortalılık tarihi ve buna bağlı olarak bekleme süresi poliçeye uygulanan ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, vb) Kazanılmış Hak olarak değerlendirilir. Eski poliçesinde kapsam dahilinde olan teminat ve hastalıklar ile ilgili harcamalar, işbu Sözleşme kapsamında bulunmuyor ise kazanılmış hak olarak kabul edilmez ve herhangi bir tazminat ödemesi yapılmaz.

14.1. Diğer Sigorta Şirketinden Geçiş

- Sigortalılar, sigortalı oldukları şirket ve kazanılmış haklarla ilgili bilgileri Sigortacı’ya bildirmekle yükümlüdür. Daha önce sigortalı olunan şirketten gelen kazanılmış hak bilgileri Sigortacı’nın onayı ile devralınır.
- Sigorta Ettiren bünyesinde poliçeye giriş yapacak olan Sigortalı’ların poliçe kapsamına dahil olmadan önce başka bir sigorta şirketinde devam eden grup ya da ferdi sağlık poliçesinden ötürü kazanılmış hakları varsa, bu haklar iki sigorta arasında otuz (30) günden fazla bir kesinti olmaması “Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması” maddesi doğrultusunda kazanılmış hakları devralınır. Önceki sigorta şirketinde kazanılmış olsa dahi, geçiş yapma talebinde bulunan sigortalı adayı için Sigortacı tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre korunabilecektir.
- Diğer Sigorta Şirketinden iletilen kazanılmış haklarını gösteren belgede, bebeğin tanımlı "doğuştan sigortalı bebek ile birlikte ÖBYG" hakkının var olması ve tüm aile bireylerinin aynı anda geçiş talebinde bulunarak sigortalanması şartı ile, tıbbi ve teknik değerlendirme yapılarak uygun görülmesi halinde “HDI Bebeği” hakkı verilebilir.

14.2. Sigortacı Bünyesinden Geçiş

Sigorta Ettiren bünyesinde poliçeye giriş yapacak olan Sigortalı'ların poliçe kapsamına dahil olmadan önce Sigortacı bünyesinde devam eden grup ya da bireysel sağlık poliçesinden ötürü kazanılmış hakları varsa, bu haklar iki sigorta arasında otuz (30) günden fazla bir kesinti olmaması şartı ile kazanılmış hakları Sigortacı tarafından tıbbi ve teknik değerlendirme yapılarak devralınır.

15. SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ

15.1. SİGORTA SÜRESİ

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

15.2. SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

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

15.3. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

15.3.1. SÖZLEŞME İPTALLERİ VE POLİÇEDEN ÇIKIŞ İŞLEMLERİ

15.3.1.1. Poliçe Priminin Ödenmemesi Durumunda İptal

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

15.3.1.2. Sigorta Ettiren Ve/Veya Sigortalı'nın İptal Hakkı

15.3.1.2.1. Başlangıçta İptal Hakkı

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı, poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunması halinde, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması durumunda, ödenen primler kesintisiz olarak Sigorta Ettiren'e iade edilir.

15.3.1.2.2. Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı isteği üzerine poliçenin iptal edilmesi durumunda prim iade tutarı;

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

15.3.2. Diğer

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı'nın "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkelerine aykırı davranan, sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya sağlık gider belgelerinin sigorta sözleşmesi kapsamındaki diğer kişiler adına düzenletilmesi gibi kötü niyetli hareketlerinin saptanması durumunda Sigortacı, bu şekilde yapılmış bir tazminat talebini ödemiş olması halinde, ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve sigorta sözleşmesini bazı veya tüm sigortalılar için kısmen veya tamamen mebdeinden (başlangıçtan) iptal etme hakkına sahiptir. İptal durumunda prim iadesi hesabı "Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı" maddesinde belirtildiği gibi yapılır.

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

15.3.3. Vefat Durumu

15.3.3.1. Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda;

- Sigorta Ettiren'in sözleşmede sigortalı olarak yer almadığı durumda;

Sigortalıların Sigorta Ettiren'i değiştirerek sigorta sözleşmesini devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda Sigorta Ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda poliçe iptal edilerek varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

- Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir sözleşmede;

Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda sigorta sözleşmesi geçersiz hale gelir. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde poliçe iptal edilerek varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

- Sigorta Ettiren'in sözleşmede sigortalı olarak yer aldığı ve poliçede birden fazla sigortalı olması durumunda,

Sigortalıların Sigorta Ettiren'i değiştirerek sigorta sözleşmesini devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda vefat eden sigortalı çıkışı yapılır, Sigorta Ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda poliçe iptal edilerek varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Poliçe iptali ya da sigortalı çıkışı durumunda prim iadesi hesabı "Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı" maddesinde belirtildiği gibi yapılır.

15.3.3.2. Sigortalının vefatı durumunda;

Tek kişilik sözleşmelerde sigorta sözleşmesi geçersiz hale gelir. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde poliçe iptal edilerek varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla sigortalının olduğu sigorta sözleşmelerinde, sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının sözleşmeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır ve varsa prim iadesi Sigorta Ettiren'e yapılır.

Poliçe iptali ya da sigortalı çıkışı durumunda prim iadesi hesabı "Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı" maddesinde belirtildiği gibi yapılır.

16. YAPTIRIMLAR

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

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

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