

ERGO YÜZDE 100 SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTA KONUSU

İşbu sigorta ile, ERGO Sigorta A.Ş. ("Sigortacı"); Sigorta Süresi içinde, sigortalının ve/veya poliçede belirtilmiş olmaları kaydıyla sigorta ettiren/sigortalının aile bireylerinin hastalık ve/veya kaza halinde bu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen tanı ve tedavilerine ait sağlık harcamalarının; sigortalının tabi olduğu poliçede belirtilen Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK") tarafından SUT hükümlerine göre karşılanan tutar üzerinde kalan kısmını, Sağlık Sigortası Genel Şartları, İşbu Özel Şartlar, Sağlık Kurumları uygulama ilkelerine uygun hazırlanan Teminat Tablosundan ("Teminat Tablosu") poliçede belirtilen teminat, limit, ödeme yüzdesi ve istisnalara tabi olarak karşılar.

2. SİGORTA SÜRESİ

Sigorta süresi, bir yıldır ("Sigorta Süresi") ve sigorta sözleşmesi, poliçede belirtilen başlangıç tarihinde Türkiye saati ile öğlen 12.00'da yürürlüğe girer, poliçede belirtilen bitiş tarihinde öğlen 12.00'da sona erer.

Sigortacı'nın sorumluluğu, Sigortacı tarafından başvurunun kabul edilip, düzenlenen poliçenin teslimini müteakip, poliçe priminin tamamının veya peşinatının sigorta ettiren/sigortalı tarafından ödenmesi ile başlar.

3. TANIMLAR

3.1. AİLE

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu gereğince anne, baba, eş, çocuklar ile sınırlı olarak kan ve sıhrî akrabalık ilişkisini ifade eder.

3.2. ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMU

İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu listesinde yer almayan hastane, poliklinik, tanı merkezleri, laboratuvar, doktor vb. gerçek kişi ve/veya kurum ve/veya kuruluşları ifade eder. Ayrıca Anlaşmalı Sağlık Kurumu bünyesinde hizmet verse dahi, Sigortacı'nın sözleşme şartlarını kabul etmeyen kadrolu veya kadrosuz doktorlar da, bu tanım altında değerlendirilir.

3.3. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde yapılan doktor muayene, tahlil-röntgen, ileri teşhis yöntemleri ve fizik tedavi işlemlerini ifade eder.

3.4. BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigorta ettirenin, sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında, sigortalı adaylarının mevcut tüm rahatsızlıklarını veya rizikonun takdirine etkili olacak hususları, eksiksiz ve yazılı bildirmesi gerekliliğini ifade eder.

3.5. BİLGİLENDİRME FORMU

Gerek sigorta sözleşmesinin görüşülmesi gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin devamı sırasında ortaya çıkabilecek ve işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, Sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen Sigortacı tarafından verilen bilgileri içeren ve sigorta ettiren tarafından imzalanması gereken formu ifade eder.

3.6. ÇOCUK/ÇOCUKLAR

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu anlamında sigortalının velayeti altındaki çocukları ifade eder.

3.7. DENEYSEL VE ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ

Sigortalıya uygulandığı tarihte, tedavisi istenen rahatsızlık için gerekliliğini, etkinliğini ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayımlanmadığı, tüm otoriteler (uzmanlık dernekleri, Sağlık Bakanlığı, Tıp Fakülteleri, Amerikan FDA (Food and Drug Administration)) tarafından onayı olmayan veya tıbbi otoriteler tarafından deneysel aşamada olduğuna ve aynı işlem, gereç, tedavi için bir kişi veya kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair bilgi tespit edilen tanı ve tedavi yöntemleri (işlem/uygulama, ilaçlar, gereçler) ni ifade eder.

3.8. EŞ

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu anlamında sigortalı ile evli olan kişiyi ifade eder.

3.9. ÜRÜNE ÖZEL ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU

İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu; SGK anlaşmalı olan ve bu anlaşma gereği sigortalıların, sigorta süresi içerisinde, Sigortacı'dan teminat, limit ve ödeme yüzdesi dâhilinde provizyon olarak hizmet alabildikleri hastane, poliklinik, tanı merkezleri, laboratuvar ile bu kurumlar bünyesinde hizmet veren ve Sigortacı'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul eden kadrolu doktorlar, gerçek kişi ve/veya kurum ve/veya kuruluşları ifade eder.

İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu Güncel Listesine ("Liste") her zaman Sigortacı'nın www.ergoturkiye.com adresinden ulaşılabilir. Sigortacı tarafından bir sağlık kurumunun, ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu olarak tayin edilmesi, bu Sağlık Kurumu ile her ne şekilde olursa olsun irtibatı olan tüm doktorların ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu kapsamında kabul edilmesi anlamına gelmez. Sigortacı kendi takdirinde olmak üzere herhangi bir zamanda sağlık kurumu ile ilişkili herhangi bir doktoru ürüne özel Anlaşmalı Kurumu kapsamı içine almak veya kapsam dışında tutabilmek hakkı saklıdır. Bir sağlık kurumunun, Liste'de yer alması, hiçbir şekilde Sigortacı'nın anılan sağlık kurumu, doktor ve/veya yardımcı şahıslarının fiil ve hareketlerinden sorumlu olduğu ve/veya bunlar tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dâhil tüm hizmetlerin kalitesinin, Sigortacı tarafından garanti edildiği anlamına gelmez.

3.10. KATILIM PAYI

Sigortacı'nın sorumlu olmadığı ve sigorta sözleşmesi/poliçe ve eklerinde yer alan teminat, limit ve yüzdeleri gösteren teminat tablosu "(Teminat Tablosu)" na göre belirlenen sigortalı tarafından üstlenilmesi/ödenmesi gereken hasar tutarını ifade eder.

3.11. KAZA

Sigortalının iradesi dışında ölmesi veya cismani bir arızaya maruz kalmasına yol açan ani ve harici bir olayı ifade eder.

3.12. KONJENİTAL (DOĞUŞTAN GELEN) HASTALIK

Bulguları ortaya çıkmamış, ya da ilerleyen yaşta ortaya çıkmış olsa dahi, Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan Uluslararası Tanı Kodlarından; ICD 10'de Q00-Q99 bölümleri arasında yer alan konjenital malformasyonlar, deformasyonlar, kromozom anomalileri ve E70-E90 bölümleri arasında yer alan Doğuştan metabolizma hastalıkları veya fiziksel bozuklukları ifade eder.

3.13. MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK

Sigorta sözleşmesi/poliçe başlangıç tarihinden önce teşhis edilmiş olsun ya da olmasın ve/veya diğer bir sigorta sözleşme kapsamında beyan edilmiş olsun ya da olmasın, sigortalının belirtilerini yaşamakta olduğu ya da farkında olduğu bir hastalık/rahatsızlık ya da yaralanmayı ifade eder.

3.14. ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU

İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda yatarak ve ayakta tedavi görecektir veya operasyon geçirecek sigortalı ve doktoru tarafından Sigortacı için doldurulması gereken formu ifade eder.

3.15. POLİÇE

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

3.16. POLİÇE TANZİM TARİHİ

Sigortalının doldurmuş olduğu soru/yenileme formu doğrultusunda poliçenin düzenlendiği tarihtir.

3.17. PRİM /SİGORTA PRİMİ

Sigortacı'nın Sigorta Sözleşmesi ile sigortalıya vereceği teminatlar karşılığında sigorta ettirenden aldığı bedeli ifade eder.

3.18. PRİM TARİFESİ

Sigortalı adaylarının yaşı, cinsiyeti, ikamet ettiği bölge, sağlık enflasyonu, tazminat ödemeleri, genel giderler, aracılık faaliyet giderleri ve Sigortacı tarafından yapılan istihsal harcamaları dikkate alınarak aktüeryal prensipler doğrultusunda ve teminat bazında fiyatların belirlendiği Tarife'yi ifade eder.

3.19. PROVİZYON ONAYI

Sigortacı'nın, işbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu tarafından kendisine gönderilen Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu'na istinaden, işbu Özel Şartlarda belirtilen usul ve esaslar doğrultusunda bildirilen sağlık harcamalarını ödeme taahhüdünü ifade eder.

3.20. RİSK/RİZİKO

Tarafların isteği ve kontrolü dışında oluşan, gelecekte ortaya çıkma ihtimali bulunan ani ve beklenmedik bir olayı ifade eder.

3.21. SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından yayımlanan ve tüm sigorta şirketleri tarafından aynı şekilde uygulanan genel işlem koşullarını ifade eder.

3.22. SİGORTACI

Sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında sigortalıya karşı yükümlülükleri bulunan ve rizikonun gerçekleşmesi halinde, Poliçe, Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları dâhilinde tazminat ödemesini üstlenen ilgili branşta ruhsata sahip kuruluşu ifade eder.

3.23. SİGORTALI / SİGORTALILAR

Sağlık harcamaları sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan poliçede ismi yazılı Riziko şahsı kişi/kişileri ifade eder.

3.24. SİGORTA ETTİREN

Sigortacı ile sigorta sözleşmesini yapan ve sigorta sözleşmesinden doğan hak, borç ve yükümlülükleri yerine getirmesi gereken özel/tüzel kişidir.

3.25. SORU FORMU

Sigorta ettiren/sigortalı adayına ait kişisel bilgileri, seçilen teminat, limit, ödeme planı seçeneklerini içeren, rizikonun değerlendirilmesinde etkili sağlık durumu ile ilgili soruların yer aldığı formu ifade eder.

Bu form, teklif niteliğinde olmayıp, bu formun doldurulması, susma suretiyle dahil ve bununla sınırlı olmamak üzere hiçbir şekilde sözleşmenin kurulmasına yol açmaz.

3.26. STANDART (TARİFE) PRİM

Sigortacı'nın hem toplam ve hem de ilgili sigorta sözleşmesi kapsamında 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 harcamaları, Anlaşmalı kurum sağlık harcamaları, sağlık enflasyonu ve piyasa şartlarını da dikkate alarak aktüeryal prensipler doğrultusunda; her dönem, yaş, cinsiyet, ikamet ettiği il için Sigortacı tarafından belirlenecek primi ifade eder.

3.27. SUT

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

3.28. TAZMİNAT

Sigorta sözleşmesi kapsamında, sigorta 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 giderlerden, fatura veya bunun yerine geçen (sayman mutemet alındısı, fiş vb.) sair belge asılları karşılığında Sigortacı tarafından karşılanan tutarı ifade eder.

3.29. TEMİNAT LİMİTİ

Her teminat için en fazla karşılanabilecek tazminat tutarını ifade eder. Yıllık, günlük ya da olay/hastalık başına limit belirlenebilir.

3.30. ZEYİLNAME

Poliçenin düzenlenmesinden sonra ortaya çıkan ve Sigortacı'nın üstlendiği riskin, nitelik veya büyüklüğünü değiştiren herhangi bir durum nedeniyle poliçeye ek olarak düzenlenmiş ve aynı yasal yetkiye sahip yazılı belgeyi ifade eder.

4. ANA TEMİNATLAR VE UYGULAMA ESASLARI

Aşağıdaki teminatlar, poliçe ve Teminat Tablosu'nda belirtilen adet ve/veya tutar limitleri, ödeme yüzdesi uygulamaları kapsamında yer almaları şartıyla geçerlidir. Poliçedeki teminat ve limitler, poliçede belirtilen her bir sigortalı için ayrı ayrı uygulanır.

İşbu ürüne özel Anlaşmalı Kurumlara yapılan başvurularda, SGK ile anlaşmalı branşlar ve hekimler hakkında yönlendirme ve bilgilendirme ile verilen sağlık hizmetlerinden sorumluluk, Anlaşmalı Kurum ve sigortalıdadır. Bu sebeple Sigortacı'ya hiçbir sorumluluk yüklenemez.

4.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

İşbu teminat ile, SGK'nın kapsamı dâhilinde sigortalının, Sigortacı'nın İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen cerrahi ve diğer yatarak tedavisine dair SUT bedeli üzerindeki sağlık harcamaları, poliçe, Teminat Tablosu, İşbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartlar'da yer alan limit, ödeme yüzdeleri, istisna ve sair şartlar kapsamında karşılanır.

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 harcaması ise, sigorta sözleşmesi/poliçe, teminat tablosu'nda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dâhilinde yatarak tedavi teminatları kapsamında karşılanır.

İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na verilen yatış onayları sürelidir. Yedi gün içerisinde gerçekleşmesi ve poliçenin yürürlükte olması kaydıyla geçerlidir. Belirtilen sürelerden sonra gerçekleşecek yatarak tedavi durumunda Sigortacı'dan yeniden onay alınması gereklidir.

On günü aşan tüm yatışlarda, onuncu günden sonra oluşan teminat kapsamındaki sağlık harcamaları için işbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu tarafından konuya ilişkin yeni bir Hasta Bilgi Formu ile Sigortacı'nın onayının alınması gerekmektedir. Hastalık tanısının yatış süresi sırasında değişmesi veya bildirilmemiş bir hastalığın ortaya çıkması durumunda da aynı şekilde Sigortacı'ya bildirimle, yeniden onay alınması gerekir.

Poliçe üzerinde yer alan bekleme süresi içinde gerçekleştirmiş ve işbu Özel Şartların 6. Maddesi gereğince "Bekleme Süreleri"ne tabi hususlar ile ilgili harcamalar, hiçbir şekilde Sigortacı tarafından karşılanmaz.

5. EK TEMİNATLAR

5.1. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

İşbu teminat ancak, Özel Şartlar 4.1 maddesinde yer alan "Yatarak Tedavi Teminatı"nın alınması koşulu ile verilebilir.

İşbu teminat ile SGK'nın kapsamı dâhilinde sigortalının, Sigortacı'nın İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen doktor muayenesi, tahlil, röntgen, ileri tanı yöntemleri ve fizik tedavisine dair SUT bedeli üzerindeki sağlık harcamaları, Poliçe, Teminat Tablosu, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartlar'da yer alan limit, ödeme yüzdeleri, istisna ve sair şartlar kapsamında karşılanır.

Ayrıca işbu teminat ile SGK'nın kapsamı dâhilinde sigortalının, Sigortacı'nın İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gebelik öncesi ve sırasında gerçekleşen takip, tetkikler (TORCH, amniosentez, NST, Down üçlü tarama vb.), gebelik dönemindeki periyodik doktor muayeneleri için oluşacak SUT bedeli üzerindeki sağlık harcamaları, Poliçe, Teminat Tablosu, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartlar'da yer alan limit, ödeme yüzdeleri, istisna ve sair şartlar kapsamında karşılanır.

5.2. DOĞUM TEMİNATI

İşbu teminat ancak, Özel Şartlar 4.1 maddesindeki "Yatarak Tedavi Teminatı" ile 5.1. maddesindeki "Ayakta Tedavi Teminatı"nın alınması koşulu ile verilebilir.

Ayrıca işbu ek teminat, poliçeye "Çocuk" olarak dâhil olan sigortalı/sigortalılar için verilmez.

İşbu teminat ile SGK'nın kapsamı dâhilinde sigortalının, Sigortacı'nın İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen gebelik ve doğum ile ilgili yatarak tedaviler ve komplikasyonlarına dair SUT bedeli üzerindeki sağlık harcamaları, Poliçe, Teminat Tablosu, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartlar'da yer alan limit, ödeme yüzdeleri, istisna ve sair şartlar kapsamında karşılanır.

Gebeliğin sebep olduğu her türlü komplikasyonlar [hipertansiyon, abortus (zorunlu küretaj dâhil), preeklampsi vb], doğum ve sezaryene ait her türlü komplikasyon bu teminat kapsamında değerlendirilir.

İşbu teminat kapsamındaki tüm sağlık harcamaları, bu teminatın seçilmiş olması kaydıyla geçerli olup, bekleme süresi boyunca yapılmış olan bu konudaki sağlık harcamaları, sigorta kapsamı dışındadır. Doğum teminatı kapsamında yapılacak her türlü sağlık harcaması, sadece bu teminat kapsamında değerlendirilir, hiçbir şekilde diğer bir teminattan karşılanmaz.

İşbu teminat, bu teminat için öngörülen Bekleme Süresinin tamamlanmasından sonra gerçekleşen gebelikler için geçerlidir. Yeni sigorta sözleşmesi yapılırken var olan mevcut gebelikler için doğum teminatı verilmez.

6. BEKLEME SÜRELERİ

SGK tarafından uygulanan ve tedavinin yapıldığı tarihte yürürlükte olan bekleme süreleri, işbu sigorta sözleşmesi için de aynen geçerlidir.

Bunlara ilaveten aşağıda belirtilen hastalıklar ve komplikasyonlarına ait cerrahi veya tıbbi (medikal) tedaviler ve hastanede yatırılarak yapılan tüm tanı işlemleri ile ilgili giderler, poliçe başlangıç tarihinden itibaren poliçede belirtilen Bekleme Süresince teminat kapsamı dışındadır.

- 6.1 Her türlü organ nakli (kaza sonucu hariç),
- 6.2 Her türlü kitle (tümör, lipom, verrü, nevüs, polip, nodül vb.), kist (deri-deri altı, böbrek, vajinal vb.) ile ilgili sağlık harcamaları,
- 6.3 Anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür, fistül, sfinkterotomi, pilonidal sinüs, perianal abse vb.),
- 6.4 Her türlü fitik (göbek, kasık, mide, omurga), omurga ve intervertebral disk hastalıkları, eklem rahatsızlıkları (menisküs, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği, diz, kalça eklemi ve bağ rahatsızlıkları vb.), tünel sendromları, higroma, trigger finger ile ilgili sağlık harcamaları,
- 6.5 Rahim, rahim ağzı, over ve tuba (yumurtalık ve tüpler) hastalıklar, bartolin kisti ve absesi, endometriosis, adhezyolizis, inkontinans, sistorektosel ve kadın üreme organlarının deformasyonu sonucu gerçekleşecek her türlü sağlık harcamaları,
- 6.6 Böbrek, mesane, idrar yolu hastalıkları ve taşları, ESWL, diyaliz ile ilgili sağlık harcamaları, meme ve prostat hastalıkları (TUR dahil),
- 6.7 Sinüzit ve sinüs cerrahisi, bademcik, genizeti, konka hipertrofisi, işitme cerrahisi (timpanoplasti, kulağa tüp takılması, stapedektomi) ve uyku apnesi cerrahisi, göz hastalıkları (katarak, glokom, retina hastalıkları vb.),
- 6.8 Tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları,
- 6.9 Karaciğer hastalıkları (Hepatit B ve C, siroz vb.), karaciğer biyopsisi, kist hidatik, pankreas ve kaza sonucu hariç dalak hastalıkları, safra kesesi, safra taşları ve safra kanalları rahatsızlıkları, mide ve yemek borusu, ince ve kalın barsak hastalıkları, GIS kanamaları, divertiküllere bağlı rahatsızlıklar,
- 6.10 Kalp ve damar sistemi hastalıkları (koroner by-pass, anjio, anjioplasti, anevrizma, kalp kapağı ve kalp pili, varis) beyin hastalıkları (kanamaları dâhil) ve felç ile ilgili sağlık giderleri,
- 6.11 Her türlü kronik hastalık (hipertansiyon, diabet, KOAH, astım), tüm romatolojik ve otoimmün hastalıklar (multipl skleroz, SLE, romatoid artrit vb.), inflamatuvar barsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn), epilepsi, sarkoidoz tanı ve tedavilerine yönelik girişimler, her türlü kanser tedavisi (kemoterapi, radyoterapi ve diğer giderler),
- 6.12 Gebelikle ilgili yapılacak tüm masraflar ve doğum giderleri.

7. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

- 7.1 Teşhis ve tedavinin başladığı tarihten geçerli olmak üzere SGK'nın konusu olmayan ve SGK tarafından ödenmeyen her türlü sağlık harcaması,
- 7.2 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 98. maddesi gereğince sigortalıların ödemek ile yükümlü oldukları katılım payları,
- 7.3 SGK kapsamında genel sağlık sigortasının aktif olmadığı dönemde oluşan sağlık harcamaları,
- 7.4 SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri ve/veya harcamaları,
- 7.5 Soru formunda beyan edilmiş olsa dahi, sigorta başlangıç tarihinden önce var olan hastalık/maluliyetler ile bunların nüks ve komplikasyonlarıyla ilgili sağlık harcamaları,
- 7.6 Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parası,
- 7.7 İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu dışında -acil durumlar da dâhil olmak üzere- gerçekleşen her türlü sağlık harcaması,

- 7.8 Bekleme Süresi tanımlanan rahatsızlık/hastalıkların, acil tıbbi durumlar dâhil, bekleme süresi içinde gerçekleşmeleri halinde bunlara dair sağlık harcamaları,
- 7.9 Hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol amaçlı yapılan tetkik ve tedaviler,
- 7.10 T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar veya Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyanın herhangi bir yerinde salgın olarak ilan edilen hastalıklara ait her türlü sağlık harcaması,
- 7.11 Obesiteye ve anoreksia nervroza/bulimiya ile ilişkili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol ile ilgili her türlü harcamalar,
- 7.12 Kısırlık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (ovulasyon takibi, histerosalpingografi, spermogram, varikosel, serklaj, tuboplasti, endometriozis, adhezyolizis, asherman sendromu, yapay dölllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu), gebelik gerçekleşmeden çocuk istemi nedeniyle kontrol amaçlı yapılan tetkik, kontrol ve tedaviler,
- 7.13 HIV pozitifliği ve HIV'in sebep olacağı AIDS ve benzeri hastalıklar ile zührevi hastalıkların tanı ve tedavileri,
- 7.14 Çocuk bakımı, her türlü çocuk maması, oral beslenme ürünleri, çocuk bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili sarf malzemeleri, 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 ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortezler, vücut içi pompalar, insülin pompası, vücut içine enjekte edilen ve implante edilebilen tedavi amaçlı pompalar, uyku apnesi cihazı (CPAP ve uyku odası dahil) vb. tüm giderler,
- 7.15 Hastanede yatış esnasında kullanılanlar dışında her türlü ilaç, aşı, malzeme, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast madde giderleri, 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,
- 7.16 Fimozis başta olmak üzere her türlü nedenle uygulanacak sünnet, doğum kontrolü yöntemleri ile ilgili ilaç ve gereçler (doğum kontrol hapları, enjeksiyonlar, kondom, spermid kimyasallar, rahim içi araç uygulaması, implanon), kısırlaştırma işlemleri, tıbbi endikasyonu olmayan istemli yapılan tüm küretajlar, genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar (şişiller, kondiloma aküminata), genital ve anal molluskum contagiosum, peyroni hastalığı, cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel işlev bozuklukları, erektil disfonksiyon, vaginismus, kadınlarda bir patoloji olmaksızın fizyolojik sürece bağlı olarak gelişen osteoporoz durumlarının her türlü tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,
- 7.17 Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi ve ameliyatlar, jinekomasti, antiaging çalışmaları için yapılan her türlü girişim, zayıflama ve kilo alma amacıyla yapılan uygulamalar, terleme tedavisi, yüzeysel varis tedavileri, skleroterapi, mezoterapi, şimik blokajı, botox, nöralterapi, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy/Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi), ses ve konuşma terapileri, uyku bozuklukları, horlama tetkik ve tedavileri ve bunların kontrol ve komplikasyonları için yapılan her türlü harcamalar,

- 7.18 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,
- 7.19 Gözlük, cam, çerçeve, dioptrik teleskopik aparat, lens, multifokal intraoküler lens giderleri, şaşılık, görme tembelliği, keratokonus ve refraksiyon kusurlarını (miyopi vb.) gidermeye yönelik her türlü tedavi (lazer dâhil) ve bu tedavilerin komplikasyonlarına ait harcamalar,
- 7.20 Alkol, eroin, morfin veya benzeri uyuşturucuların, kullanımı sonucu doğan rahatsızlıklar, kazalar ve yoksunluk sendromu sonucu oluşabilecek her türlü gideriler ve bunlardan herhangi birinin bünyesinde mevcut olduğu tespit edilen sigortalının geçirdiği hastalık, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon harcamaları,
- 7.21 Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar, motor ve mental gelişim bozukluğu, 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, vezikoureteral 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 harcamaları,
- 7.22 Doktor dışındaki sağlık personeli (pedagog, psikolog, diyetisyen, özel hemşire, solunum terapisti, fizyoterapist ve diğer yardımcı sağlık personeli) tarafından yapılan her türlü işlem, psikoterapi gerektiren durum, psikiyatrik hastalık, demansiyel (bunama) sendrom, demansın birlikte bulunması durumunda demiyelinizan hastalıklar, alzheimer, parkinson, geriatrik ve psikososyal bozukluklar (gece işemeleri vb.), ilgili her türlü tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri, zeka testi ve benzeri tetkikler,
- 7.23 İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumundaki süit oda farkı, 2. refakatçi, özel harcamalar, idari giderler, tedavilerin yapılması sırasında oluşan seyahat giderleri ve sağlık kurumu tanımına uymayan konaklama giderleri, tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü harcama,
- 7.24 Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik yapılan muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait her türlü harcama,
- 7.25 Her türlü hava/deniz ve kara ambulansı taşıma gideri,
- 7.26 Doktor nezaretinde olsa dahi kaplıca, termal, otel ve sağlık kurumu tanımına uymayan tesislerde yapılan her türlü kür, balneoterapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi harcaması,
- 7.27 Yurtdışında gerçekleşen her türlü sağlık harcaması ve yurt dışından getirilen ilaç harcamaları,
- 7.28 Her türlü havacılık (delta kanat, planör, paraşüt ile atlama yamaç paraşütü, gökyüzü kayağı vb.) dalgıçlık, yüksekten atlama, bungee jumping, dağcılık, tırmanma, binicilik, dövüş ve savunma sporları, motosiklet ve otomobil sporları, dağ bisikleti v.b. tehlikeli sporlar, sürat ve mükavemet yarışları, tüm profesyonel veya lisanslı olarak yapılan sporlar, sporcu, eğitmen veya hakem olarak her türlü müsabaka ve/veya antrenmana katılım sırasında ve bunlara bağlı meydana gelebilecek hastalık ve sakatlık ile 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 harcamalar,
- 7.29 Alternatif Tedavi Yöntemleri ve standart tıbbi tedavilerin bir parçası olmayan, güvenilirlik ve tedavi edici etkinliği bilimsel yöntemlerle kanıtlanmamış, ortak kabul görmüş klinik uygulamalardan üstünlüğü gösterilememiş (ayurveda, nöralterapi, homeoterapi, biyoenerji,

- aromaterapi, bitkisel tıp, masaj hipnoz, biyoenerji, mezoterapi vb) ürün ve uygulamalar, akupunktur ile ilgili harcamalar,
- 7.30 Deneysel veya araştırma amaçlı işlem/gereçler, belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla yapılan Check-Up, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama testi veya EBT veya BT Anjiyografi gibi muayene ve tetkik, aşı öncesi yapılan kontrol amaçlı test, ödenecek aşilar dışındaki her türlü koruyucu aşı ve ilaç giderleri, tıbbi sertifika ve sağlık raporu hazırlanması ile ilgili harcamalar,
- 7.31 Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tedavi veya her türlü cerrahi müdahaledeki hataları sonucunda doğan harcamalar,
- 7.32 İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumunda yatıştan sonraki 24 saat içinde veya on günü geçen hastaneye yatışlarda onuncu günden sonra Hasta Bilgi Formu'nun iletililerek Sigortacı'nın onay veya tekrar onayının alınmadığı harcamalar,
- 7.33 Kordon kanı ve kök hücre alınması, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyallerin saklanması ve taşınması, kök hücre tedavisi, organ naklinde vericinin ve organın ücreti, kan veren kişiye ait giderler, sigortalının kazadaki kusur durumuna bakılmaksızın ehliyetsiz araç kullanması veya sigortalının kullandığı aracın sınıfına uygun ehliyete sahip olmaması durumlarında gerçekleşen kazalar nedeniyle oluşan tedavi harcamaları,
- 7.34 Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ve kiralama ücreti, bu yöntemde özel olarak kullanılan her türlü malzeme ve oda kullanım harcamaları. Yeni biyomedikal mühendislik-genetik ve biyoteknolojik bazlı tedavi ve uygulamalarına ait harcamalar,
- 7.35 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 bir olay ve kazaya dayanan rahatsızlık/hastalıklar,
- 7.36 Her türlü alerjik hastalıkların deri testleri ve alerji aşuları,
- 7.37 Acil tıbbi durumlar dâhil, işbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında yapılan sağlık harcamalarında, "İşbu ürüne özel Anlaşmalı Kurum Güncel Listesi ve Teminat Tablosu"nda ilgili kurum tipi için belirtilen limit ve ödeme oranını aşan talepler,
- 7.38 Acil tıbbi bir durum olsa dahi, sigorta için anlaşmasız sağlık kurumlarda yapılan tedavilere dair talepler.

8. COĞRAFI KAPSAM

İşbu sigorta sözleşmesi kapsamında, teminatlar T.C. sınırları içerisinde geçerlidir.

9. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigortacı, işbu Sigorta kapsamında sigortalıya yapılması gereken tazminat ödemesini, doğrudan sigortalının hizmeti aldığı işbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumuna yapmak suretiyle gerçekleştirir.

İşbu sigorta, sigortalının bu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu dışındaki harcamalarını karşılamaz.

Aynı poliçede yer alan aile kapsamındaki sigortalıların tedavileri ile ilgili fatura dahil ve bununla sınırlı olmamak üzere her türlü belge, sadece ilgili sigortalı için düzenlenmiş olması kayıt ve şartıyla kabul edilecektir. Bu belgelerin tedaviyi gören dışındaki diğer poliçede yer alan sigortalılar adına düzenlenmesi halinde, Sigortacı hiçbir şekilde bu belgelere konu sağlık harcamasını ödemeyecek ve gerektiği durumlarda 16.1.2. maddeye göre işlem yapabilir.

10. SİGORTA SÜRESİNİN SONA ERMESİNDEN SONRAKİ TEDAVİLER

Sigorta Süresinin sona erme tarihinden önce Sigortacı tarafından onaylanmış sağlık durumları da dahil olmak üzere, işbu sigorta sözleşmesi, sigortalının sigorta süresinin sona erme tarihinden sonra devam eden tedavilerine dair harcamalarını karşılamaz.

11. SİGORTAYA KABUL VE RİSK DEĞERLENDİRME

11.1. SİGORTAYA KABUL

İşbu sigorta sözleşmesi kapsamında, SGK kapsamında bulunan kişiler ile talep edilmesi halinde, bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları eş ve çocukları da sigortalı olarak kabul edilebilir.

Sigortaya giriş için üst yaş sınırı 55'dir. SGK tarafından kapsama alınan 18 yaşından büyük çocuklar anne/babadan bağımsız olarak tek başlarına sigortalanabilir. 18 yaşından küçük çocuklar aile kapsamında sigorta teminatına dâhil edilebilirler. Talep edilmesi durumunda, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş çocukları aynı poliçede 24 yaşına kadar sigorta sözleşmesi kapsamına dâhil edilebilirler.

Sigorta sözleşmesine dahil edilebilmek için, başvuran her bir kişi için soru formunun doldurulması gerekir. Sigortacı, soru formunda beyan edilen bilgileri, hastalık ve rahatsızlıkları inceleyerek, başvuruyu red/kabul etme, ek prim, limit, bazı hastalıkları teminat kapsamı dışında bırakma, bekleme süresi uygulama hakkına sahiptir. Sigortacı, bu kararı verirken gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve/veya ek tetkik isteme hakkına sahiptir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen sigortalı eklenmesi taleplerinde, poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak Sigortacı'nın hak kazandığı prim gün esaslı olarak hesaplanır.

11.2. YENİ DOĞAN BEBEĞİN VE EVLAT EDİNİLEN KÜÇÜK ÇOCUĞUN SİGORTA KAPSAMINA ALINMASI

Doğum sırasında veya evlat edinildiği sırada anne ve/veya babanın Sigortacı'dan geçerli sağlık sigortasının bulunması kayıt ve şartıyla; yeni doğan bebek/ler ve/veya evlat edinilen küçükler, doğumdan veya evlat edinilme tarihinden itibaren en geç iki ay içerisinde Soru Formu doldurularak Sigortacı'ya bildirilmiş olması halinde, aşağıdaki hüküm ve şartlarla sigorta sözleşmesine sigortalı olarak dâhil edilir:

- Sigortacı, öncelikle yeni doğan bebek/bebekler ve/veya evlat edinilen küçüğü risk değerlendirilmesine tabi tutar.
- Bu değerlendirme neticesinde, ana ve/veya babadan bağımsız olarak, Sigortacı'nın belirlediği hastalık ve rahatsızlıklara göre ayrıca ek prim, limit, bekleme süresi, ödeme yüzdesi, istisnalar dahil ve bunlarla sınırlı olmamak üzere, özel şartlar tanımlamak suretiyle teminat verebilir.

Doğum tarihinden veya evlat edinilme tarihinden itibaren 2(iki) ay içerisinde bildirilmeyen yeni doğan bebek ve/veya evlat edinilen küçük, ancak takip eden yenileme döneminde sigorta sözleşmesi/poliçe kapsamına alınabilir.

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

Yeni doğan bebek ile ilgili doğumdan hemen sonra ve bebek hastaneden çıkmadan, sağlıklı yeni doğan bebekle ilgili yapılan rutin doktor muayene, ilaç ve rutin tetkiklere (açlık kan şekeri, tiroid tarama testi, fenilketonüri ve kan grubu tayini) dair tüm harcamalar, bebeğe ait zeyilname düzenlendikten sonra anılan zeyilnamede yeni doğan bebek için belirlenen teminat, istina ve limitler kapsamında ödenir.

11.3. EŞİN SİGORTA KAPSAMINA ALINMASI

Sigortalının Sigorta Süresi içinde evlenmesi halinde, eş için evlilik tarihinden itibaren 1 (bir) ay içerisinde Soru Formu'nun doldurularak, evlilik cüzdanı fotokopisi ile birlikte Sigortacı'ya bildirilmesi; ve Sigortacı

tarafından yapılan risk değerlendirmesi neticesi kabul edilmesine bir engel bulunmaması şartıyla, eş de gün esaslı hesap edilecek ek primin ödenmesi karşılığında sigortalının sigorta sözleşmesine giriş yapılır.

Evlilik tarihinden itibaren 1(bir) ay içerisinde bildirilmeyen eş ancak takip eden yenileme döneminde sigorta sözleşmesi/poliçe kapsamına alınabilir.

11.4. GEçİş İşLEMLERİNDE RİSK DEğERLENDİRME

Geçiş işlemlerine dair işbu madde, ancak diğer bir sigorta şirketinden konu sigortaya geçişin talep edilmesi halinde uygulanır. İşbu madde, işbu zel Şartlara konu sigortadan, Sigortacı'nın diğer bir sağlık sigortası ürününe geçişine de talep hakkı vermez.

Diğer sigorta şirketindeki sağlık sigortası sözleşmesinin bitiş tarihinden itibaren en geç 1 (bir) ay içerisinde geçiş talebinde bulunan sigortalı adayının soru formundaki bilgileri, Yeni Giriş İşlemleri ve Risk Değerlendirme başlıklı zel Őart Maddelerine uygun olarak incelenir.

Sigortalının, Sigortacı'nın diğer sağlık sigortası ürünlerinden işbu zel Şartlara konu sigortaya, geçiş talebinde bulunulması halinde yeniden risk değerlendirmesi yapılır. Bu değerlendirme sırasında ilave tetkik, rapor, vb. istenebileceği gibi değerlendirme sonucunda teminat dışı bırakılabilir, ek prim, limit uygulanabilir veya geçiş red edilebilir.

12. SöZLEşMENİN YENİLENMESİNDE RİSK DEğERLENDİRME

Sigorta Süresinin bitiminden önce karşılıklı anlaşma ile 70 yaşına kadar, önceki poliçenin bitiş tarihinden itibaren geçerli olacak yeni bir Sigorta Sözleşmesi/poliçe yapılabilir.

Risk değerlendirmesi tamamlanması şartıyla, sigorta sözleşmesinin/poliçenin bitiş tarihini müteakip yeni sigorta sözleşmesi/poliçesi yapılır. Sigorta sözleşmesi/poliçenin teslimini müteakip Primin tamamının ya da ilk taksidinin poliçede belirtilen tutar ve vadede ödenmemesi durumunda, yenileme sigorta sözleşmesi/poliçesi olmasına rağmen, Sigortacı'nın sorumluluğu başlamaz.

Sigortalı, sigorta sözleşmesi/poliçesinin yenilenmesinde de, işbu zel Şartlar 14. Maddesindeki sözleşmenin kurulması sırasındaki beyan yükümlülüğüne tabidir ve bu anlamda, önceki dönemde tazminata konu olsun veya olmasın maruz kaldıkları tüm rahatsızlık ve hastalıkları Sigortacı'ya derhal yazılı olarak bildirmelidir. Yenileme değerlendirmesinin yapıldığı tarih ile yeni sözleşme tarihi arasında ortaya çıkan ve Sigortacı'nın sonradan haberdar olduğu hastalıklar için Sigortacı'nın yeniden risk değerlendirme hakkı saklıdır.

Sigortacı'nın, sigortalıların rahatsızlıkları için ek prim ve/veya istisna uygulaması durumunda, sigorta sözleşmesi/poliçe yenilendiği ve taraflarca herhangi bir nedenle sonlandırılmış olmadıkça, ek prim ve/veya istisna devam edecektir.

Sigortacı, yenileme halinde de sigortalıdan sağlık beyanı, ek tetkikler ve gerekli gördüğü hallerde sigortalıdan doktor muayenesi talep edebilir. Değerlendirme sonrasında Sigortacı, teminatlarda kısıtlama, sözleşmeyi yenilememe, tazminat kullanımı ve sağlık riskine bağlı olarak ek prim, limit uygulama, bazı hastalık ve rahatsızlıkları teminat kapsamı dışında bırakma hakkına sahiptir.

Sigortacı tarafından sigorta zel Şartlarında yapılan değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Yenileme döneminde üst plana geçiş talepleri için sigortalılara risk değerlendirilmesi yapılır ve sonucuna göre üst plana geçiş kabul veya red edilebilir.

13. SİGORTA SöZLEşMESİNE ARA VERİLME 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, Sigortacı'ya karşı elde etmiş olduğu tüm kazanılmış haklarını kaybeder.

Sigorta ettiren/sigortalının, 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.

14. BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigorta ettiren / sigortalı soru formu ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususları beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu hükümleri ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarında düzenlenen beyan yükümlülüğü hükümleri uygulanır. Sigortacı sözleşmeyi yapmama veya yapmış ise cayma hakkına sahiptir. Bu durumda riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminat ödenmez ve Sigortacı prime hak kazanır.

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6'ya ek olarak, Sigortacı'nın bu maddedeki hakları saklı kalmak üzere, sigorta ettiren / sigortalının beyan etmediği hastalıklar sigorta sözleşmesinin tamamen yapılmasına engel olmadıkça, Sigortacı bu hastalıkları, teminat kapsamına almayabilir veya prim farkı olarak teminat kapsamına alabilir. Prim farkı istenmesi durumunda alınması gereken prim ile alınan prim arasındaki orana göre hasar eksik ödenebilir ya da tamamen red edilebilir. Bu nedenle teminat kapsamı dışında bırakılan rahatsızlık/hastalıklar, bir daha teminat kapsamına dâhil edilmez.

Ayrıca Sigortacı, sözleşmenin devamı sırasında yapacağı inceleme veya isteyeceği tetkiklerin sonucunda beyan edilenden farklı bir bilgi veya sigortalıya şartlarını değiştirebilecek bir sağlık durumu tespit ederse sigortalılık şartlarını tekrar değerlendirebilir. Bu değerlendirme sonucunda riske göre, hastalık/rahatsızlıklar teminat kapsamı dışında bırakılabilir, ek prim, limit uygulanabilir ya da poliçenin iptal edilmesine karar verilebilir.

Sigortacı, sigortası sözleşmesinin kurulması aşamasında, talep edilmesi halinde Sigorta Bilgi Merkezi'ne Sigortalı ve sözleşmeye dair gerekli bilgileri ibraz etmekte yükümlüdür ve aynı şekilde Sigorta Bilgi Merkezi'nden sigortalı/sigortalılara dair kişisel bilgilerin temin etmek hakkına sahiptir.

15. SİGORTA PRİMİ

15.1. SİGORTA PRİMİNİN TESPİTİ

Primler, sigortalının yaşı, cinsiyeti, sigorta süresi, geçmiş dönem kullanım oranı (Tazminat/Prim), sağlık riski, enflasyon oranı ve seçilen teminatlar dikkate alınarak hesaplanır.

Ayrıca, SGK'daki uygulamalar aynı kaldığı sürece, SUT birim ve katsayı tarifesinde yapılan artışlar ile sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları artışlar da değerlendirmede sağlık enflasyonu olarak baz alınmaktadır. SGK'daki uygulamaların değişmesi durumunda tekrar değerlendirme yapılır.

Yenilemedeki prim artışı; sigortalıların teminat kapsamı, limitleri ile ürün portföyündeki sigortalıların kullanım oranları, sağlık enflasyonu ve yaş değişiminden kaynaklı artışla sınırlı olacaktır.

Yenileme döneminde sigortalının primi, aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bir sigortalının Tarife Priminin en fazla 3 (üç) katına kadar artırılabilir.

Sigorta sözleşmesinin kesintisiz olarak yenilenmesi halinde primin belirlenmesi ve ilgili tüm alt maddelerde geçen tüm uygulamalar, koşul ve oranlar sigortacı tarafından önceden bildirilmek ve/veya ilan edilmek kaydıyla her zaman değiştirilebilir. Bir sonraki sigorta sözleşmesi başlangıcından geçerli olmak üzere uygulanır.

15.2. PRİMİN TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

Sigortacı, Sağlık Sigortası Tarife Primini birey bazında, yaş, cinsiyet, sigorta süresi, geçmiş dönem kullanım oranı (Tazminat/Prim), teminat yapısı, teminat limiti ve enflasyon oranı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir.

15.2.1. BİREYSEL GRUP TEŞVİK İNDİRİMİ

Ticari veya gayri ticari bir tüzel kişilikte çalışanlar ile onların birinci derece yakınlarının sigortalı olmaları şartıyla oluşan gruba özel şirketin belirleyeceği oranlar dâhilinde, bu şahısların bireysel sigorta sözleşmelerinde geçerli özel bir teşvik indirimi uygulanır. Ancak grubun ve uygulanacak indirim oranının kabulü Şirket'in ön onayına tabidir.

15.2.2. KAMPANYA İNDİRİMLERİ

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

15.2.3. HASTALIK EK PRİMİ

Sigorta sözleşmesinden önce var olan veya Sigorta Süresi içerisinde ortaya çıkan sağlık risklerinin değerlendirilmesi sonucunda, sigortalının rahatsızlık/hastalıklarına teminat verebilmek amacı ile, poliçe/sigorta sözleşmelerine yansıtılmak üzere Sigortacı tarafından talep edilen ek prim tutarını ifade eder.

Tıbbi risk değerlendirilmesinin yapıldığı sigortaya yeni başvuru, süresi sona eren poliçenin yenilenmesi veya iptal edilmiş bir sigorta sözleşmesi/poliçenin yeniden düzenlenmesi, teminat değişiklik talepleri ile birlikte, hastalık ek primi belirlenir ve Tarife Primine eklenir.

Hastalık Ek Primi, sadece ilgili sigortalı için Prim Tarifesindeki yaş ve cinsiyet için tanımlanmış prime eklenir ve sigortalının kişisel primini belirleyecek ilk ölçüttür. Diğer İndirim ve Ek Primler, bu şekilde hesaplanan prime sıra ile ve çıkan prime çarpan olarak uygulanır ve nihai prim tespit edilir.

Hastalık Ek Primi her rahatsızlık için %10'dan başlayarak en fazla %200 oranında belirlenmiştir.

15.3. PRİM ÖDEMELERİ

Sigorta priminin tamamı, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatı ve taksitleri aşağıda belirtilen tahsilât araçları vasıtasıyla ödenebilir.

a) Banka Kredi Kartı İle Yapılan Ödemeler:

Poliçe üzerinde yazılı vadelerde, primler, sigortalı veya sigorta ettirenin varsa kredi kartı hesabından tahsil edilir. Hesabın uygun olmaması durumunda, Sağlık Sigortası Genel Şartlarınının 8. Maddesi hükümleri uygulanır. Sağlık gideri ödemelerinin durdurulmaması ve poliçenin iptal edilmemesi için, poliçede yazılı prim ödeme tarihlerinde ilgili hesapların uygun olmasına dikkat edilmelidir.

b) Banka Havale/EFT İşlemleri Yoluyla Yapılan Ödemeler:

Başvuru aşamasında talep edilirse, Sigortacı tarafından poliçe ile birlikte gönderilen belge ile Sigortacı'nın belirtilen banka hesabına, prim ödemeleri havale/eft edilebilir. Havale/EFT işlemi yapılırken sigortalı adı ve poliçe numarası mutlaka açıklama bölümüne yazdırılmalıdır.

16. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

16.1. SÖZLEŞME İPTALİ VE POLİÇEDEN ÇIKIŞ İŞLEMLERİ

16.1.1. PRİMLERİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL

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

Sigortalının/ sigorta ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde; rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak Sigorta Ettirene iade edilir. İlk 30 gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası Sigorta Ettirene iade edilir.

İptal nedeniyle sigortalı/sigorta ettirene iade edilecek tutar, Sigortacı'nın hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır.

Sigortalılara ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek Sigorta Ettirene iade edilir.

Sigortalılara ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.

Sigortalılara ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.

Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

Police başlangıç tarihinden sonra gelen birey çıkışı (eş, çocuk) taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

16.1.2. KÖTÜ NİYETLİ UYGULAMALAR SONUCU İPTAL

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin veya sigortalıların birbirlerinin teminatlarından yararlandırılması, sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenletmesi veya sigortalı tarafından yarar sağlama amacıyla teminatların kötü niyetli olarak kullanıldığının saptanması halinde, bu durumu Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı Ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik gereğince Sigorta Bilgi Merkezine bildirmek dışında, Sigortacı varsa yaptığı tazminat ödemelerini geri alma ve her halukarda prim iadesi yapmaksızın sigorta sözleşmesini/poliçeyi fesih etmek hakkına sahiptir.

16.2. VEFAT DURUMU

16.2.1. SİGORTA ETTİREN VEFATI

Sigorta ettirenin vefatı durumunda sigorta sözleşmesi/poliçe hükümsüz kalır.

Sigorta ettiren ile poliçede belirtilen sigortalı/sigortalıların farklı olmaları durumunda ve sigortalı/sigortalıların, sigorta ettireni değiştirerek poliçeyi sürdürmek istemeleri halinde sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayı ile sigorta ettiren değiştirilerek sigorta sözleşmesi/poliçe devam ettirilir. sigorta sözleşmesi/poliçenin devam ettirilmesi talebi ve sigorta ettirenin kanuni varislerinin bu konuda onayının olmaması halinde Sigortacı'nın 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 gelmemiş prim taksitlerinin Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

Sigorta ettiren ile sigortalının aynı kişi olmaları ve poliçede başka bireylerin (eş, çocuk) bulunmaması durumunda, sigorta ettiren/sigortalının vefatı halinde: sigorta sözleşmesi/poliçe hükümsüz kalır. Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin kanuni varislerine iade edilir. Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse vadesi gelmemiş prim taksitlerinin Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

Sigorta ettiren ile sigortalının aynı kişi olmaları ve poliçede başka bireylerin (eş, çocuk) bulunması durumunda, sigorta ettiren/sigortalının vefatı halinde, poliçede yer alan diğer sigortalıların sigortalılığa devam etmek istiyorlarsa, mevcut poliçe iptal edilerek vefat eden bireye ait Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin yasal varislerine iade edilir ve bitiş tarihi aynı olan yeni bir poliçede eş ve/veya çocuğun sigortalılığı devam ettirilir ve yenileme döneminde Sigortaya kabul maddesindeki şartlar geçerli olur. Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse vadesi gelmemiş prim taksitlerinin Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

16.2.2. SİGORTALININ VEFATI

Birden fazla kişinin sigortalı bulunduğu poliçede, sigortalılardan birinin vefatı halinde, vefat eden bireye ait Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası Sigorta Ettirene iade edilir, poliçe devam eder. Rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir. Poliçede vefat eden sigortalının dışında başka birey yoksa poliçe hükümsüz kalır. Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası Sigorta Ettirene iade edilir. Rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

17. KONTROL YETKİSİ

Sigortacı, gider bildiriminde bulunulması durumunda veya sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir. Ayrıca sigorta süresi öncesinde ve sigortalı olunan sürece, sigortalıyı tedavi eden tüm doktor, sağlık kuruluşu ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma ve her türlü kayıt kopyalarını isteme hakkına da sahiptir. Sigortalı bu nedenden dolayı gerek Sigortacı'ya 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 dahil, 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.

18. YENİLEME GARANTİSİ

İşbu Sağlık Sigortası Özel Şartlar kapsamında yenileme garantisi verilmemektedir.

19. RÜCU HAKKI

Sigortacı, İşbu Özel Şartlara ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'na aykırı olarak yapıldığı sonradan anlaşılan giderler ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıdan fer'ileri ile birlikte tahsil etme hakkına sahiptir.

Sigortacı'nın İşbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarına göre ödemiş olduğu sağlık harcamasının meydana gelmesinde üçüncü şahısların sorumluluğunun olması durumunda, Sigortacı kanuni halefiyet hakkı uyarınca ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslardan rücu talep etme hakkına sahiptir.