

## İÇİNDEKİLER

### TAM KATILIM GRUP ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

<b>1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI</b>	<b>1</b>	<b>16. DİĞER</b>	<b>16</b>
<b>2. TANIMLAR</b>	<b>1</b>	16.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	16
<b>3. TEMİNATLAR</b>	<b>4</b>	16.2. Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi	16
<b>3.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNATLAR</b>	<b>4</b>	16.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	17
3.1.1. Evde Bakım ve Tedavi	4		
3.1.2. Suni Uzuv	4		
3.1.3. Tıbbi Malzeme	4		
<b>3.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI</b>	<b>5</b>		
<b>3.3. DOĞUM (Annelik Teminatı)</b>	<b>5</b>		
<b>3.4. DİĞER TEMİNATLAR</b>	<b>5</b>		
3.4.1. Acil Durum Tedavi Giderleri	5		
3.4.2. Ambulans Teminatı	5		
3.4.3. Fizik Tedavi Teminatı	5		
<b>3.5. EK TEMİNATLAR</b>	<b>6</b>		
3.5.1. Yurtdışı Tedavi Teminatı	6		
3.5.2. Gözlük Teminatı	6		
3.5.3. Diş Tedavi Teminatı	6		
3.5.4. 40 Yaş Üstü Mamografi Ve PSA	6		
<b>4. BEKLEME SÜRELERİ</b>	<b>6</b>		
<b>5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER</b>	<b>7</b>		
<b>6. SİGORTA TEMİNAT VE PRİMLERİNDE DEĞİŞİKLİK</b>	<b>9</b>		
<b>7. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ</b>	<b>9</b>		
7.1. İlk Giriş ve Mevcut Sigortalılar İçin Yenileme Garantisi Uygulaması	9		
7.2. Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması	9		
7.3. Grup Poliçesinden Ferdi Poliçeye Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması	10		
7.4. Kazanılmış Haklar	10		
<b>8. KAZANILMIŞ HAKLAR</b>	<b>10</b>		
8.1. Sigortalanabilecek Kişiler	12		
<b>9. SİGORTALININ POLİÇEDEN ÇIKIŞI</b>	<b>12</b>		
<b>10. PRİM TESPİTİ</b>	<b>13</b>		
10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler	13		
10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler	13		
<b>11. POLİÇENİN YENİLENMESİ</b>	<b>13</b>		
<b>12. POLİÇE İPTAL ESASLARI</b>	<b>14</b>		
<b>13. SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMALARI</b>	<b>14</b>		
<b>14. TAZMİNAT İŞLEMLERİ</b>	<b>15</b>		
<b>15. RÜCU</b>	<b>16</b>		

## TAM KATILIM GRUP SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

### 1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI

Bu sigorta, sigortalının Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. tarafından belirlenmiş Anlaşmalı Kurum listesinde yer alan ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından sigorta süresi içinde, sigortalının ve/veya poliçede belirtilmiş olmaları kaydıyla sigorta ettiren/sigortalının aile bireylerinin hastalık ve/veya kaza halinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini poliçe özel ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır. Sigorta poliçesinin kapsamı ancak poliçe özel şartlarında belirlenmiş şartlara uygun, SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerlidir. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar, poliçelerini aksi bir talep olmadıkça devam ettirebilir. Ancak sigortalı poliçe teminatlarından faydalanamaz. SGK müstahaklarının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatı kullanılır hale gelir.

Sağlık poliçeleri bir yıllık düzenlenir. Poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Poliçe Türkiye saati ile öğlen 12.00'da başlar, belirtilen bitiş tarihinde öğlen 12.00'da sona erer. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz.

Sigortacının sorumluluğu sigorta katkı primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar. Katkı primi kredi kartı ile tahsil edilir. Peşin ve taksitli poliçelerde sadece peşinat ödemesi havale ile yapılabilir. Vade tutarlarının ödemesinde havale kabul edilmez.

### 2. TANIMLAR

**Sigortacı:** Sigorta sözleşmesinin tanzim edildiği ülkede, ülkenin kanunları gereğince tescil edilmiş işletme ruhsatlı olarak sigortacılık faaliyetinde bulunan, sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında, sigortalıya ya da tazminat-tan yararlanacağı belirtilmiş kişiye, belirlenen şartlar çerçevesinde rizikonun gerçekleşmesi halinde ödemeyi üstlenen kurumdur. İş bu sözleşme için sigorta şirketi / sigortacı Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'dir.

**Sigortalı:** Sigortacı tarafından resmen kabul edilip poliçe kapsamına alınan, poliçe uyarınca menfaati teminat altına alınan ve riziko gerçekleştiğinde sigorta tazminatını/bedelini talep hakkı bulunan, Sigorta Ettiren nezdinde aktif çalışan ve/veya üyeler ile bunların bağımlılarıdır.

**Sigortalı Katılım Payı Oranı:** Katılım Sertifikası ekinde verilen Teminat Tablosu'nda belirtildiği oranda, kabul edilebilir harcama tutarından, Sigortalı'nın üstleneceği katılım yüzdesi.

**Tazminat:** Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları doğrultusunda onaylanmış olan sağlık giderlerinin, ilgili poliçe döneminde yer alan teminat, limit ve sigortalı katılım payı oranı dikkate alınarak ödenen tutarıdır.

**Teminat:** Sigortacının Sağlık Sigortası Sözleşmesi, Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği, poliçe döneminde oluşan sağlık giderleri için Sigortalıya verdiği güvencedir.

**Acil Durum:** Sigorta Özel ve Genel Şartları gereği muafiyet, bekleme süresi ve istisnalar arasında yer almayan ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısı ile geciktirilmesi mümkün olmayan, 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:

Şuur kaybına neden olan her türlü durum, miyokard enfarktüs, aritmi, hipertansiyon krizler, zehirlenmeler, trafik kazası, ani felçler, migren ve/veya kusma, şuur kaybıyla beraber olan baş ağrıları, astım krizi, akut solunum problemleri, 39,5 derece ve üzeri yüksek ateş, ciddi alerji, anafaktik tablolar, akut batın, yüksekten düşme, ciddi iş kazaları, uzuv kopması, menenjit, ensefalit, beyin apsesi, elektrik çarpması, ciddi göz yaralanmaları, kurşunlanma, bıçaklanma, kavga vb. akut psikotik tablolar, suda boğulma, donma, soğuk çarpması, ısı çarpması, ciddi yanıklar, yeni doğan komaları, diyabetik ve üremik koma, genel durum bozukluğunun eşlik ettiği diyaliz hastalığı, akut masif kanamalar, omurga ve alt extremité kırıkları, tecavüz.

**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 ve sağlık kurumu arasında yapılan bir sözleşmeyle Sigortacı tarafından provizyon verilerek onaylanan sağlık giderlerini doğrudan Sigortacı'dan almayı kabul eden sağlık kurumları, eczane ve özel doktor muayenehaneleridir.

**Anlaşmasız Sağlık Kurumları:** Sigortacı tarafından provizyon verilmeyen, sağlık giderlerini doğrudan sigortalıdan (elden) alan sağlık kurumları, eczane ve özel doktor muayenehaneleridir.

**Şirket:** Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarıyla sözleşme yapan ve yaptığı sözleşme karşılığında; kendisiyle sözleşme imzalamış Sigorta Şirketlerinin sigortalılarına almış oldukları ürün içerikleri doğrultusunda Anlaşmalı Kurumlardan sağlık hizmeti almalarını sağlayan firmadır.

**Aracı:** Sigortacılık mevzuatına göre sigorta sözleşmelerine aracılık yapma yetkisi bulunan kişi/ kişileri ifade eder.

**Azami İyi Niyet:** Sigortacı, Sigortalı'nın geçmiş ve mevcut hastalıkları, sağlık durumu ve sigortalılık süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıklarıyla ilgili tüm bilgileri bilemeyeceği için sigorta sözleşmesinin yapılabilmesi veya yürürlükte kalabilmesi için; Sigortalı ve Sigorta Ettiren'in ilgili bilgileri tam ve eksiksiz olarak zamanında Sigortacı'ya bildirme yükümlülüğüdür.

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

**Beyan:** Sigorta başvurusu sırasında Sigorta Ettiren'in ve Sigortalı'nın Sigortacı'ya ilettiği bilgilerdir. Sigortalı'nın başvuru aşamasında, mevcut sağlık durumu ve sağlık geçmişi ile ilgili bilgileri tam ve doğru olarak vermiş olması gereklidir.

**Doğuştan Gelen Hastalık:** Doğum ve doğum öncesinde (anne karnında) var olan hastalıklardır.

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

**Gruba Bağlı Bireysel:** Sigortaya katılımın gönüllü olduğu, primlerin Sigortalı tarafından karşılandığı ve Sigortacı'ya Sigortalı tarafından ödendiği gruplardır.

**Genel Şartlar:** T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen Sağlık Sigortası Genel Esaslarıdır.

**İsteğe Bağlı Grup:** Sigortaya katılımın gönüllü olduğu, primlerin Sigortalı tarafından karşılandığı ancak Sigortacıya Sigorta Ettiren kurum tarafından ödendiği gruplardır.

**İstisna:** Sigorta teminatı kapsamı dışında bırakılan durumlardır.

**Kapsam:** Sigortacı'nın her bir teminat için belirlediği ve karşılamayı taahhüt ettiği sağlık harcamalarının türünü ifade eder.

**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.

**Limit:** Sigortacı'nın ödemeyi üstlendiği maksimum, kabul edilebilir harcama tutarını ifade eder.

**Kabul Edilebilir Harcama:** 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.

**Mevcut Hastalık:** Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesi-ne dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen durumlardır (komplikasyonlar).

**Muafiyet:** Sigortacı tarafından ödenmeyen tutar ve/veya durumlardır.

**Özel Şartlar:** T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen Sağlık Sigortası Genel Şartları dikkate alınarak, Sigortacı ve Sigorta Ettiren'in mutabakatıyla Sigortacı tarafından ilgili sözleşmenin ayrılmaz bir parçası ve tamamlayıcısı olmak üzere oluşturulan, Sigortacı ve Sigorta Ettiren'in hak ve yükümlülüklerinin belirtildiği yazılı kurallardır.

**Provizyon Onayı:** Sigortalı'nın tedavisiyle ilgili Anlaşmalı Sağlık Kurumu tarafından Sigortacı'nın Provizyon Merkezi'nden istenen ödeme onayını ifade etmektedir.

**Referans Hekim:** Tıbbi değerlendirmelerde, Özel ve Genel Şartlar çerçevesinde doğru kararın verilebilmesini sağlamak amacıyla, Sigortacı tarafından belirlenen ve gideri Sigortacı tarafından ödenen ikinci bir görüş için tekrar muayene olunan anlaşmalı hekimdir.

**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 Risk Kabul Birimi tarafından belirlenmesidir.

**Sağlık Hizmet Tarifesi:** Sağlık hizmeti veren kurumlarda, tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB-HUV), Hekimlik Uygulamaları Veri tabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) vb.)

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

### **Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi – Hekim Uygulamaları Veri Tabanı (TTB-HUVAÜT\_HUV) :**

Türk Tabipler Birliği tarafından yayınlanan, her tıbbi işlem ve tedavinin rakamsal karşılığının hesaplanmasında baz alınan referans liste.

**Sağlık Gideri:** Grup Sağlık Sigortası Sözleşmesi, Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları'na göre teminat kapsamında olduğuna karar verilen, poliçe süresi dâhilinde gerçekleşen, Sigortacı'nın tıbbi gereklilik koşuluna uygun olan, Sigortalı'nın doktoru tarafından yazılı olarak planlanan tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait giderlerdir.

**Sağlık Kurumu:** T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş, teşhis, tedavi ve cerrahi müdahaleye ehliyetli, bir veya birden çok hekimin her zaman müdahaleye hazır olduğu, doğum amacı ile açılmış özel doğumhaneleri içeren tıbbi bakım ve tedavinin yapıldığı, hastane, klinik, poliklinik, teşhis ve tedavi merkezleri ile muayenehanelerdir.

**Katılım Sertifikası:** Sigortacı tarafından düzenlenerek Sigortalı'ya verilen ve sigorta sözleşmesinin varlığına kanıt olarak kullanılabilen bir belgedir. Belge, Sigortalı'nın kimliğine ilişkin bilgiler, sigorta teminatının kapsamı ve poliçe şartları hakkında genel bilgiler içerir.

**Sigorta Ettiren:** Sigorta sözleşmesi yapmak üzere başvuran ve başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilen sigorta sözleşmesinin kapsamı dâhilinde sorumlu taraf olarak sözleşmeyi asaleten ve/veya Yetki belgesine istinaden temsilciler aracılığıyla imzalayan ve prim ödemek dâhil Sigorta Sözleşmesi'nden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan taraftır.

**Sigorta Süresi:** Poliçenin geçerli olduğu süreyi ifade eder. Aksine bir anlaşma yapılmamış ise sigorta poliçe başlangıç tarihinde saat 12.00'de başlar ve bitiş tarihinde saat 12.00'de sona erer.

**Tıbbi Gereklilik:** Sağlık Sigortası kapsamında ödemesi talep edilen herhangi bir tıbbi müdahale, cerrahi girişim ya da tanı işleminin gereklilik sebebidir. İlgili işlemin bir doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına tıbbi gereklilik anlamı taşımaz.

**Vaka:** Teşhis ve tedavilerle ilgili tazminat taleplerinin “vaka başına” karşılandığı belirtilen hallerde “vaka”nın tanımı şöyledir:

- a) Kişinin bir şikâyete bağlı olarak gerçekleştirilen ön muayenesi sonucu, şikâyet ile ilgili patolojilerin açığa çıkması veya doğrulanması amacı ile yapılan tüm işlemler aynı vaka olarak değerlendirilir. Bu işlemler şunlardır:
  1. İlk hekim muayenesi,
  2. Laboratuvar tetkikleri, görüntüleme işlemleri, (röntgene ilişkin giderler ile tomografi, MRI, Sintigrafi, Endoskopi, Odyografi ve benzeri ileri tetkik giderleri)
  3. Tanı ile ilgili branş hekimlerinin konsültasyonları ve konsültanların istediği tüm tetkikler,
  4. İlk 3 madde sonucu yapılması gereken tüm ayakta, hastanede yatarak yapılan medikal ve cerrahi tedaviler ve bunlara ilişkin oda, refakat, tıbbi malzeme, ilaç ve fizik tedavi giderleri.
- b) “a” paragrafında belirtilen şikâyetin analizi sırasında tesadüfi olarak ortaya çıkan komşu organ veya uzak organ/sistem patolojileri, ilk tedavi ve hastalık/sendrom bazında ilintisiz buldukları takdirde farklı vaka olarak nitelendirilirler.
- c) Ayakta Tedavilerde, aynı vaka olarak tanımlanan bir belirti, bulgu, analiz ve tedavi sonrasında bu vaka ile ilgili ek tüm işlemler on beş (15) günden sonra farklı bir vaka olarak ele alınır. Aynı vakaya ait ilk on beş (15) gün içerisinde ortaya çıkan komplikasyonlar da aynı vaka içerisinde işlem görür.
- d) Aynı vaka sürecinde ek bir etkenle (anestezi, ilaç yan tesiri, iatrojeni, stress, komplikasyon) etyoloji bakımından bağımsız yeni bir vaka ortaya çıkarsa ilk vakayı ilgilendiren tetkik ve tedaviler aynı vaka kapsamında, diğerleri farklı bir vaka olarak ele alınır.

**Zorunlu Grup:** Sigortalıların Sigorta Ettiren tarafından belirlendiği ve primin tamamının Sigorta Ettiren tarafından karşılandığı gruplardır.

**Geri Ödeme Alınamayacak Kurumlar:** Sigortalının sağlık giderlerinin teminatları gereği kapsam dâhilinde olmasına rağmen, geri ödeme alamayacağı kurum ve/veya hekimleri ifade eder. Yanlış Sigorta uygulamalarından, gereksiz tetkik ve tedavi ile Sigorta suiistimali yaptığı tespit edilen bu kurum ve/veya hekimlerde yapılan işlemler poliçe kapsamı dışındadır.

### 3. TEMİNATLAR

Sigortacı, poliçe süresi içerisinde bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarda SGK ile anlaşmalı branşlarda oluşacak GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için, SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak poliçede belirtilen Network, teminat, limit, ödeme yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı istisna/ lar, Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar doğrultusunda karşılar.

Poliçe teminat limit ve katılım payını aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir. Tedavinin acil olup olmamasına, kurumun Anlaşmalı veya Anlaşmasız olmasına bakılmaksızın anlaşmasız (staf olmayan, SGK anlaşması bulunmayan) doktor tarafından yapılacak işlemler için doktor ücreti bu poliçe kapsamında ödenmez. İş bu poliçe için geçerli Anlaşmalı kurumlar üzerinde ŞİRKET'in değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır.

#### 3.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNATLARI

Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapılıncaya kadar uygulanan ameliyatsız veya ameliyatsız olarak hastanede yapılan yatarak tedavileri (oda / yoğun bakım odası, refakatçinin yatak ve yemek giderleri dahil), kemoterapi, radyoterapi, diyaliz tedavileri ve ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonları ile ilgili giderler, koroner anjiyografi ile yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan ve SUT kapsamında gününbirlik tedaviler kategorisinde belirtilen işlemler bu teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Triyaj uygulamasında kırmızı alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Yatarak tedavi giderleri devam ederken poliçenin bitmesi ve yenilenmemesi durumunda ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 gün süreyle poliçe özel ve genel şartları doğrultusunda teminat kapsamındadır.

##### 3.1.1. Evde Bakım ve Tedavi

Sigortalının yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten doktoru tarafından evde uygulanması istenen tıbbi tedavi planının, sigortalının hastaneden taburcu olurken Sigortacı tarafından onaylanması koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi evde bakım hizmet giderleri ve doktor raporuyla gerekliliği belirtilmiş tıbbi cihaz kiralama giderleri bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Bu teminat sadece anlaşmalı kurumlarda geçerlidir.

##### 3.1.2. Suni Uzuv

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu kaybolan uzvunu yerine koyma amacıyla takılan protezler ile bu protezlerin bakımları bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Suni uzvun yerine koyma işleminin veya bakımının ilgili poliçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir.

##### 3.1.3. 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, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenerek Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

### 3.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI

Ayakta tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi teminatlarından oluşur. Bu teminatın kullanılabilmesi için; sigortalının anlaşmalı kurum kitapçığında yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması; ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir.

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

### 3.3. DOĞUM (Annelik Teminatı)

Poliçede, kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar doğum teminatı alabilir.

Bu teminat, poliçede tercih edilmesi ve "Bekleme Süreleri ve Teminat Hak edişleri" maddesinde belirtilen bekleme süresinin tamamlanması halinde geçerlidir.

Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik komplikasyonları, amniosentez ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavilere ait giderler poliçede belirtilen Doğum teminatı limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Hamileliği ilgilendiren her türlü kontrol muayene, rutin tetkikler teminat tablosunda belirtilen limit/adet ve sigortalı katılım payı oranları dâhilinde değerlendirilir.

Yukarıda bahsedilen giderler dışında bebeğe ait sağlık giderleri, bebeğin poliçeye dâhil edilmesiyle beraber kendi poliçesi kapsamında ilgili diğer teminatlardan karşılanır.

Doğumun sonlandırılması işlemi için yapılan normal doğum veya sezaryen işlemlerine ait doktor ve hastane giderleri ile hamilelik döneminde tıbbi gereklilik halinde amniosentez işlemi, hamilelik, düşük, zorunlu kürtaj, doğum ve sezaryen komplikasyonlarına bağlı yatışlar Doğum Teminatından karşılanır.

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

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

### 3.4. DİĞER TEMİNATLAR

#### 3.4.1. Acil Durum Tedavi Giderleri

Teminat kapsamında olan bir rizikonun gerçekleşmesi neticesinde, sigortalıya ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya sigortalının başka bir sağlık kuruluşuna nakledilmesi halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilebileceği, bu nedenle sigortalının daha fazla zarar görmemesi için tedavinin hemen başlatılmasının gerekli olduğu, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda yapılan sağlık giderlerini kapsar. Acil Durum Tedavi Giderleri ile ilgili harcamaların limiti poliçe/sertifika üzerinde gösterilen teminat tablosunda belirtilmiştir.

#### 3.4.2 Ambulans Teminatı

Teminat kapsamında olan bir rizikonun gerçekleşmesi neticesinde, sigortalıya ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya sigortalının başka bir sağlık kuruluşuna nakledilmesi halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilebileceği, bu nedenle sigortalının daha fazla zarar görmemesi için tedavinin hemen başlatılmasının gerekli olduğu, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri acil durumlarda Anlaşmalı Kara Ambulans giderlerini kapsar.

#### 3.4.3 Fizik Tedavi Teminatı

Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim tarafından tedavi planı düzenlenmesi durumunda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat için poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir. Sadece fizik tedavi ve rehabilitasyon amacıyla hastanede yatarak uygulanan tedavilerde; fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi) karşılanmaz.

### 3.5. EK TEMİNATLAR

#### 3.5.1. Yurtdışı Tedavi Teminatı

Yurtdışı seyahatlerinde ilk doksan (90) gün içerisinde gerçekleşecek tedavi giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Sigortalı yurtdışındaki tedavilerine ait ödemeyi kredi kartıyla yapmış ise, kredi kartından ödendiğini gösteren kredi kartı slipini ya da hesap özeti Sigortacı'ya göndermek zorundadır.

Yurtdışında yapılan tedavi giderlerine ait faturalar ve bu tedavilere ait rapor ve tetkik sonuçlarının, İngilizce dışında bir dilde ise, yeminli bir tercüman tarafından yapılmış Türkçe tercümeleriyle beraber gönderilmesi gerekmektedir. Çeviri ücreti Sigortalı tarafından karşılanacaktır.

#### 3.5.2. Gözlük Teminatı

Göz Hekimi tarafından yapılan muayene sonucunda reçete edilen numaralı gözlük çerçeveleri, camları ve numaralı lens ve lens solüsyonlarıyla ilgili giderler, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

#### 3.5.3. Diş Tedavi Teminatı

Diş Hekimi muayeneleri ve muayene sonucunda diş hekiminin yazdığı tedavi reçeteleri, panoramik grafi vb. görüntülemeler, her türlü diş dolgusu, kanal tedavisi, tedavi niteliği taşıyan diş kaplamaları, diş çekimi, operasyonlu diş çekimi, köprü, implant, diş teli (ortodonti), gece plağı, detraj, diş eti tedavileri, flor uygulama, fissür örtücüler vb. tedavi işlemleriyle ilgili giderler, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

#### 3.5.4. 40 Yaş Üstü Mamografi Ve PSA

40 yaş ve üstü sigortalı bayanların yılda bir kez mamografi, 40 yaş ve üstü sigortalı erkeklerin ise, PSA (Prostat Spesifik Antijen) tetkiki, Sigortacı tarafından belirlenen sağlık kurumlarında yaptırmaları şartı ile teminat tablosunda belirtilen limit ve sigortalı katılım payı dâhilinde yılda bir (1) kez karşılanacaktır.

## 4. BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili müdahale ve yatarak tedavi giderleri, rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile kapsam dışındadır.

- Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, üriner sistemin taşlı hastalıkları, ESWL, prostat hastalıkları, varikosel.
- Her türlü disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), eklem cerrahisi, omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri, tünel sendromları, higroma, trigger finger, endoskopik işlemler,
- Her türlü fitik (kasık fıtığı, mide fıtığı vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları, katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları, pilonidal sinüs, hemoroid, fistül, fissür ameliyatları, tonsillit, geniz eti, sinüzit ve orta kulak cerrahisi,
- Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), varis (özefagus varisleri dâhil), hidrosel, spermatozel,
- Organ yetmezlikleri, organ nakilleri.
- Tüm kronik hastalıklar ( Karaciğer hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, KOAH, astım, ince ve kalın barsak hastalıkları), Multiple Skleroz ve SLE (Lupus), tüm romatolojik hastalıklar, kist hidatik, inflamatuvar barsak hastalıkları,

Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dâhil edilmesinden itibaren en az 12 ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Doğum teminatı kapsamındaki tüm giderler bu teminatın bir önceki yıl da seçilmesi kaydıyla geçerli olup, teminata ilişkin giderler, seçildiği ilk yıl kapsam dışındadır. Yenileme döneminde; doğum teminatına ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının tekrar dâhil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlar.

Police başlangıç tarihinde mevcut olmayan, aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili müdahale ve/veya yatarak tedavi giderleri, rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 YIL süre ile kapsam dışındadır.

Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, septoplasti, nazal valv operasyonları) ile ameliyat ve girişimler

## 5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

1. Özel şartlarda tanımlanmış olsun ya da olmasın poliçenin teminat tablosunda belirtilmeyen haller,
2. Beyan edilmiş dahi olsa, sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikâyet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık giderleri, bunlara bağlı nüks ve komplikasyonları,
3. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı (işten ayrılma, prim ödenmemesi vb.) durumlarda meydana gelen sağlık giderleri,
4. SGK tarafından ödenmesine kurallar dâhilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan, anlaşmalı kurumlarla yapılan protokol kapsamında kullanılan malzemeler dışında SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
5. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri ile 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri,
6. Anlaşmasız Ambulans ücretleri (şehir içi ve şehir dışı dahil)
7. Gözlük cam, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları giderleri ile gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık, görme tembelliği görme tembelliği ve bunlarla ilgili giderler,
8. Ayakta tedavi teminatındaki her türlü ilaç masrafları, aşı giderleri, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontras maddeler, malzeme masrafları, yurtdışında gerçekleşen ve getirilecek olan ilaç masrafları ile her türlü sağlık gideri, ortopedik ayakkabı, tabanlık, koltuk değneği, boyunluk, tekerlekli sandalye, korseler, buz kesesi v.b. her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderler, işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.
9. Gündelik iş görememe, yol, gündelik bakım, rehabilitasyon, check up, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları vb. özel harcamalar,
10. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi tüp bebek, Kısırlık tanı ve tedavisi, yardımcı üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermogram, adhezyolizis, suni dölllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.) kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri ile her türlü sünnet (fimosiz dahil) ile ilgili tüm giderler,
11. Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme vb.), estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi, jinekomasti; poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar,
12. Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,
13. Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasıyla ilişkin giderler,
14. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri, her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık ve geriatrik hastalıklar,
15. Karayolları Trafik Kanunu hükümlerinde bahsi geçen, gerekli sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları,
16. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, holter cihazı, nebülizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar.



17. Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey,
18. HIV pozitifliği ve HIV'in sebep olacağı AIDS, HIV virüsünün neden olabileceği tüm hastalıklar, Genital kondilom, Genital siğil, Genital herpes, Sifiliz, Gonore, Trikomoniasis ile ilgili olan her türlü test, tahlil ve tedavi masrafları kapsam dışıdır.
19. Koruyucu hekimlik hizmetleri, belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmadan veya tarama amaçlı yapılan tüm işlem giderleri (tarama testleri, aşılama kontrol testleri, viral markerlar, portör tetkikleri vb) check-up giderleri ve yıllık kontrol mamografileri, smear ve PSA testleri vb. rutin taramalar, Araştırma ve Deneysel Amaçlı Tanı ve Tedaviler (Amerikan FDA (Food and Drug Administration) FDA kurumu tarafından onaylanmamış, deneysel aşamada olduğu kabul edilen, bilimselliği henüz kanıtlanmamış tüm tanı ve tedavi giderleri, Yatış Gerektirmeyen Hastane Hizmetleri, Ayakta tedavi katılım payı faturaları, süreli işyeri ve çalışan taramaları, doktorların talep etmiş oldukları kendi uzmanlık alanıyla ilintili olmayan tetkik ve tedavi bedelleri, bir tıp doktoru tarafından yapılmayan tetkik ve tedaviler ile ilgili tüm giderler, kontrol amaçlı yapılan EBT (Electron Beam Tomografi), VCT (Volumetric Computed Tomography) ve kalsiyum skorlama tetkik bedelleri, sanal kolonoskopi, sanal anjio ve buna benzer tarama amaçlı tetkikler, voiding sistoüretrografi, robotik cerrahi cihaz kullanım bedeli kapsam dışıdır.
20. Profesyonel, amatör veya hobi amaçlı olsun olmasın tüm tehlikeli spor faaliyetleri ve/veya bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetlerden doğan masraflar (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçma, ata binme, kayak yapma, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma, vb.)
21. Mesleki hastalıklar (asbestozis, pnömokonyosis, cıva zehirlenmesi, silikozis vb.) ve mesleki sebepten kaynaklanan yaralanmalar,
22. Konuşma ve ses terapisi, Tüm alternatif tedaviler ( akupunktur, mesoterapi, magnetoterapi, oksiterapi, CO2, nöral terapi, PRP (Platelet Rich Plasma), şiroprakti, anti aging, reiki, ayurveda vb.), deneysel ve araştırma niteliğindeki, etkinliği kanıtlanmamış tıbbi girişim, uygulama ve tedaviler (her türlü gıda intolerans testi, imo pro 300, vega test, york vb.), motor ve mental gelişim bozukluğu ( büyüme ve gelişme geriliği vb.) ile ilgili rutin veya spesifik her türlü tetkik ve tedavi gideri,
23. Alerjik hastalıklara yönelik aşı tedavileri (immünoterapi),
24. Tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet ( fimozis vb.),
25. Omurga şekil bozuklukları tedavisi ile ilgili giderler,
26. Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar),
27. Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejun-ileostomi, barsak kısaltılması vb.)
28. Dünya sağlık örgütü ve/veya Sağlık Bakanlığı tarafından duyurusu yapılmış salgın hastalıklar ve buna bağlı sendromlara ait her türlü sağlık gideri SUT ve/veya TTBAÜT-HUV da karşılığı olmayan tedavi edici özelliği kanıtlanmamış ve tedavi listesinde yer almayan (PRP dahil) işlemler
29. Fimozis tedavisi
30. Gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler
31. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, (bu kısmı bizde yok)
32. Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider,
33. Poliçede belirtilen "Doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
34. Psikiyatrik hastalık tedavisiyle ilgisi olsun veya olmasın, psikotrop ilaçlar, psikiyatrik hastalıklar, psikiyatri kliniklerinde ve/veya psikiyatri doktorları ve psikologlar tarafından yapılan tetkik ve tedaviler,
35. Grip aşısı
36. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi vb. nedenlerle alınan sağlık kurulu raporu için yapılan giderler,
37. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalarla ilgili giderler,
38. Doktorlardan ve sağlık kurumlarından kaynaklanan hatalı tedavi ve ameliyat neticesi ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle oluşan giderler

## 6. SİGORTA TEMİNAT VE PRİMLERİNDE DEĞİŞİKLİK

Sözleşme’de, Özel Şartlar’ında, teminatlarında ve primlerde Sigortacı tarafından değişiklik yapılabilir. Bu değişiklikler her bir Sigortalı için poliçenin bir sonraki yenileme tarihinden itibaren geçerli olur. Ancak bu poliçenin yürürlükte olduğu dönemde Sigortacı/Sigorta Ettiren’den herhangi birinin herhangi bir değişiklik talebinde bulunması ve tarafların mutabakata varması halinde, yapılan değişiklikler belirlenen değişiklik tarihinden itibaren geçerli olacak ek protokol ile uygulanır.

## 7. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Ömür Boyu Yenileme Garantisi’nin (ÖBYG) verilir verilmeyeceği, aşağıda belirtilen durum ve şartlarla değerlendirilerek kararlaştırılacaktır. Sigortalı’nın ÖBYG hakkı olmasına rağmen beyansızlığı ve/veya eksik beyan tespit edilmesi durumunda Sigortacı, yeniden risk analizi yaparak ek şart (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi vb.) uygulama, ÖBYG’yi ve/veya sigorta sözleşmesini iptal etme hakkına sahiptir.

### 7.1. İlk Giriş ve Mevcut Sigortalılar İçin Yenileme Garantisi Uygulaması

Sigortacı tarafından Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) verilmemiş olan Sigortalılara; Sigortalı’nın, elli altı (56) (hariç) yaşından önce ilk defa sigortaya girmiş olması, Sigortacı bünyesinde kesintisiz dört (4) yıl sigortalı kalması ve bu süre içerisinde “Azami İyi Niyet Prensibi” ilkesine uygun davranması halinde, Risk Kabul Birimi tarafından yapılacak teknik değerlendirme sonucuna göre ilgili Grup Sağlık Sigorta Sözleşmesi kapsamında ÖBYG verilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi, Grup Sağlık Sigorta Sözleşmesi altında ömür boyu yenileneceğini ifade eder. Sigortalının aralıksız olarak sözleşme kapsamında yer alan diğer Sigorta Ettiren nezdinde istihdam edilmesi halinde, Sigortalının ve bağımlılarının ÖBYG hakkı korunacaktır. Sigortacı’nın teknik değerlendirme sonucuna göre, yenileme garantisi verme veya vermeme hakkı saklıdır.

### 7.2. Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması

Aksi kararlaştırılmadıkça, önceki sigorta şirketinde bu grup sözleşmesi kapsamında sigortalanmış tüm kişi ve varsa bağımlılarının, Sigortacı bünyesindeki poliçe başlangıç tarihi itibarıyla yedi (7) iş günü içerisinde bildirilmesi koşulu ile diğer sigorta şirketindeki kazanılmış hakları (sigortalılık süresi, muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi, vb.) ve ÖBYG hakkı korunacaktır.

Ancak, diğer sigorta şirketlerinde herhangi bir sağlık sigorta poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, diğer sigorta şirketinden ayrılarak, ara dönem grup poliçesine giriş yapması halinde, sigortalı olduğu önceki şirketten kazanılmış haklarını gösteren belgelerin Sigortacı’ya iletilmesi gerekmektedir. Diğer sigorta şirketinde ÖBYG olsun olmasın aşağıda belirtilen hastalıklar için risk analizi yapılacaktır. Yapılan değerlendirme sonucunda, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi vb.) uygulama, ÖBYG hakkını verme veya vermeme hakkı saklıdır.

- Kalp ve damar hastalıkları (hasta sinüs sedromu, kardiyomyopati, emboli, serebrovasküler hastalıklar, anevrizma, kalp yetmezliği, iskemik kalp Hastalıkları, miyokard enfarktüsü, kalp kapak hastalıkları, By-Pass geçirenler, PTCA, Stent vb.),
- Kanser,
- Metabolik ve endokrin hastalıklar (diyabet, addison hastalığı, cushing sendromu vb.)
- Böbrek hastalıkları (böbrek yetmezlikleri, tek böbrekliler, polikistik böbrek, üremi, nefrit, sünger böbrek, vb.),
- Organ yetmezlikleri ve organ nakilleri,
- Merkezi sinir sisteminin organik ve ilerleyici hastalıkları (alzheimer, parkinson, serebral palsi, multipl skleroz vb.),
- Motor nöron hastalıklar,
- Her türlü kist-kitle (pankreatik kist beyinde kitle vb.),
- Karaciğer (siroz, tüm hepatitler vb.) ve akciğer hastalıkları (Tüberküloz, Sarkoidoz, Pnömokonyoz, KOAH amfizem, pulmoner hipertansiyon vb.),
- İmmün sistem hastalıkları (sistemik lupus eritamosis, gulliane barre vb.)
- Diğer Kronik Hastalıklar (Romatoid Artrit, Ankilozan Spondilit, Behçet, FMF, hemofili, pansitopeni, ITP, aplastik anemi, omurilik hasarı ve fıtıkları, mide fıtığı, hidrosefali, crohn, ülseratif kolit, myastenia gravis, myopatiler, muskuler distrofiler, pankreatit)
- Eğer kazanılmış bir ÖBYG hakkı yok ise 7.1. maddesi uygulanacaktır.

### 7.3. Grup Poliçesinden Ferdi Poliçeye Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması

Grup sözleşmesi kapsamında verilen ÖBYG hakkının, ferdi poliçeye geçiş sırasında geçerli olabilmesi için, Sigorta Ettiren bünyesinden emekli olma, istifa etme veya işten çıkarılma sonrası ayrılma sonucu poliçeden çıkış ya da Sigorta Ettiren/Sigorta Ettiren'in hiçbir sigorta şirketinden sağlık poliçesi yaptırmama kararı alması sonrasında poliçelerinin iptal edildiği tarihten itibaren en geç otuz (30) gün içerisinde başvurulması gerekmektedir. Bu durumdaki Sigortalı'nın Grup Sağlık Sigortası kapsamında bulunan tüm bağımlılarıyla birlikte ve gruptaki sağlık teminatları itibarıyla muadil veya en yakın sağlık teminatları içeren bir ürüne geçmesi esastır. Bu geçişlerde, hamilelik ve doğum teminatı için kazanılmış hakları dikkate alınmayacaktır.

Öte yandan, bu geçiş sırasında, tıbbi risk değerlendirilmesi, grup bünyesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkının kazanıldığı tarihe kadar gerçekleşen tazminat detayları ve sigortalının sağlık durumu dikkate alınarak yapılacaktır. Yapılan bu değerlendirme sonucunda, Sigortacı'nın ek şart (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi vb.) uygulama, ÖBYG hakkını verme /veya vermeme hakkı saklıdır.

Yukarıda belirtilen şartların sağlanmaması durumunda ise, sigortalının tüm sigortalılık süresi dikkate alınarak yeniden risk analizi yapılacaktır.

Sigortacı'nın ÖBYG verdiği Sigortalılarına sunduğu bireysel sağlık poliçesi, poliçenin yürürlükte olduğu dönemdeki (tüm portföyü için geçerli olan) bireysel Özel Şartlara tabidir. ÖBYG verilmiş olsa dahi Sigortalı'nın kullarımlarına istinaden, Sigortacı'nın tazminat/prim oranına bağlı indirim ve/veya ek prim uygulama hakkı devam eder. Yaşam boyu gün limiti (720 gün) aşılmadığı sürece, "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" geçerlidir.

### 7.4. Kazanılmış Haklar

Sigorta Ettiren, daha önce sigortalı oldukları şirket ve sigortalılara ait kazanılmış haklarla ilgili bilgileri Sigortacı'ya bildirmekle yükümlüdür. Daha önce sigortalı olunan şirketten gelen kazanılmış hak bilgileri Sigortacı'nın onayı ile devralınır.

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

Sigorta Ettiren bünyesinde poliçeye ara dönemde giriş yapacak olan Sigortalı'ların poliçe kapsamına dâhil 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 ve Sözleşme'de belirtilen giriş maddesindeki başvuru gün sınırlandırmasına uygun olması şartı ile madde 7.2. dâhilinde kazanılmış hakları devralınır.

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

Sigortalı'nın önceki sigortalılık bilgisi Sigortacı'ya bildirilmediyse, sonradan kanıtlanması halinde kazanılmış hakları madde 7.2. dâhilinde devralınır.

## 8. POLİÇEYE GİRİŞ İŞLEMLERİ

Sigorta Ettiren sigortaya dâhil olacak personel ve varsa bağımlılar ile ilgili Sigortacı tarafından istenilen bilgileri ve Sigortalı adaylarına ait en son sağlık durumlarını gösteren Sağlık Beyan ve Başvuru Formu'nu, gönderilen bilgilerde değişiklik olması halinde değişen bilgileri Sigortacı'ya 5 iş günü içinde bildirmekle yükümlüdür.

Sigortacı, gerekli gördüğü durumlarda Sigortalı/Sigortalı adayından her türlü bilgi ve belgeyi talep etme hakkına sahiptir.

Sigortacı, risk analizi sonucunda Sigortalı adaylarını poliçeye kabul etmeme ya da ek şart (ek prim, limit, muafiyet, bekleme süresi vb.) uygulayarak kabul etme hakkına sahiptir.

Sigortacı'nın gerekli gördüğü durumlarda, sigorta başlangıç tarihinden sonra işe alınan/sigortaya hak kazanan personel ve varsa bağımlılarının poliçe kapsamına alınması için aşağıda belirtilen belgelerin işe giriş/sigortaya hak kazanış tarihi itibarıyla en geç otuz (30) gün içerisinde Sigorta Ettiren tarafından Sigortacı'ya ulaştırılması gerekmektedir.

- Sigorta Ettiren tarafından yazılan sigortaya giriş talep yazısı,
- Sigortaya dâhil edilecek personelin ve bağımlıların Sağlık Beyan Formu,
- Sigortaya dâhil edilecek personelin işe giriş bildirgesi.

Sigorta girişleri işe giriş/sigortaya hak kazanış tarihi itibarıyla yapılacaktır. Talebin, işe giriş/sigortaya hak kazanış tarihi itibarıyla ilk otuz (30) günden sonra ulaştırılması halinde güncel tarihli doldurulan Başvuru ve Sağlık Beyan Formu'nun Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir. Talep, Sigortacı'ya bildirim yapılan tarihle işleme alınabilecektir. Sigorta Ettiren, poliçeye giriş talebinin işe giriş/sigortaya hak kazanış tarihi itibarıyla ilk otuz (30) günden sonra ulaştırılması durumunda, personelin geriye dönük poliçe kapsamına dâhil edilmesi için talepte bulunamaz.

Grubun personel yönetmeliğinde sağlık sigortası uygulamasıyla ilgili özel bir şart var ise bu şartların Sigorta Ettiren tarafından poliçe başlangıç tarihinde, poliçe döneminde yapılacak değişikliklerin ise en geç otuz (30) gün içerisinde Sigortacı'ya yazılı olarak bildirilmesi zorunludur.

Sigortalı personelin grupta sigortalı iken evlenmesi ve eşin sigorta kapsamına alınmasının talep edilmesi durumunda, evlilik cüzdanı fotokopisi ve Sağlık Beyan ve Başvuru Formu ile evlilik tarihini takip eden otuz (30) gün içerisinde Sigorta Ettiren tarafından giriş talebinde bulunulması gereklidir. Değerlendirme sonucunda eş, evlilik tarihi itibarıyla sigorta kapsamına alınabilir.

Sigortalı personelin grupta sigortalı iken çocuğunun olması ve çocuğun sigorta kapsamına alınmasının talep edilmesi durumunda, yeni doğan bebeğin sigortaya dâhil edilme talebinin Sigorta Ettiren tarafından Sağlık Beyan ve Başvuru Formu ile birlikte en geç doğum tarihinden itibaren otuz (30) gün içerisinde yapılması gereklidir. Personelin yeni doğan bebekleri, on dördüncü (14.) günden sonra yapılacak risk analizi sonucunda sağlıklı olması durumunda, doğduğu gün itibarıyla sigortalanabilir. Poliçeye eklenecek, yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocukların primleri, yıllık prim üzerinden gün esasına göre hesaplanarak alınacaktır. Yeni doğan bebeğin doğuştan gelen hastalıkları ile kuvöz ve prematüre giderleri kapsam dışıdır.

Sigortalı personelin grupta sigortalı iken evlat edinmesi durumunda, konuyla ilgili resmi belgeler ve Sağlık Beyan Formu ile evlat edinme tarihini takip eden otuz (30) gün içerisinde Sigorta Ettiren'in giriş talebinde bulunması halinde sigorta kapsamına alınabilir.

Yukarıda belirtilen sürelere uyulmaması ve Sigorta Ettiren tarafından grup sağlık sigorta kapsamına bağımlı girişinin talep edilmesi halinde, güncel tarihli Başvuru ve Sağlık Beyan Formu'nun Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir. Talep, Sigortacı'ya bildirim yapılan tarihle işleme alınabilecektir. Sigorta Ettiren, poliçeye giriş talebinin sigortaya hak kazanış tarihi itibarıyla ilk otuz (30) günden sonra ulaştırılması durumunda, bağımlıların geriye dönük poliçe kapsamına dâhil edilmesi için talepte bulunamaz.

Sigorta Ettiren, Sigortaya hak kazanmasına rağmen poliçe kapsamına alınması için Sigortacı'ya bildiri yapılmayan personel ve bağımlıların, grup sağlık sigortası poliçe yenileme döneminde ilk otuz (30) gün içerisinde poliçe başlangıç tarihi ile dâhil edilmesi için talepte bulunabilir. Bu kapsamda yenileme döneminde poliçeye yeni giren kişilerin sigortaya giriş beyan yükümlülük tarihi, poliçe başlangıç tarihi değil, kişinin başvuru tarihi olarak dikkate alınacaktır.

Yukarıda belirtilen şartlar doğrultusunda poliçeye girişi yapılacak personel ve bağımlılar için aşağıdaki şartlar uygulanacaktır:

- İlk defa sigortalananlar: Sigortalı adaylarına risk analizi yapılacak ve bekleme süresi uygulanacaktır.
- Başka şirketten geçişler: Geçiş bilgilerinin yedi (7) gün içerisinde bildirilmesi koşuluyla 7.2. maddesi uygulanacaktır.

Polİçe giriş şartlarında belirtilen süre sonrasında Sigortacı'ya personel ve/veya bağımlı ile ilgili giriş talepleri, Sigortacı tarafından değerlendirilecek ve uygun görülmesi halinde poliçeye dâhil edilebilecektir. Bu şartın uygulanması Sigortacı'nın inisiyatifindedir.

Askere giden personelin, askerlik bittikten sonra en geç otuz (30) gün içerisinde tekrar gruba dâhil edilmek istenmesi halinde, Sağlık Beyan Formu alınarak askere gitmeden önceki kazanılmış haklarını kaybetmeden sigorta başvurusu kabul edilir. Askerlik döneminde ortaya çıkan hastalıklar kapsam dışıdır.

Yurtdışına bordrolu olarak giden personel ve bağımlıları, döndükten sonra en geç otuz (30) gün içerisinde tekrar grup sözleşmesine dâhil edilmek istenmesi halinde, Sağlık Beyan ve Başvuru Formu alınarak yurtdışına gitmeden önceki kazanılmış haklarını kaybetmeden sigorta başvurusu kabul edilir. Yurtdışında başka bir sağlık sigortası poliçesi yok ise ilgili dönemde ortaya çıkan hastalıkları kapsam dışıdır.

Doğum iznine giden personel ile bağımlılarının, doğum izni bittikten sonra en geç otuz (30) gün içerisinde tekrar gruba dâhil edilmek istenmesi halinde, Başvuru ve Sağlık Beyan Formu alınarak doğum iznine gitmeden önceki kazanılmış haklarını kaybetmeden sigorta başvurusu kabul edilir. Doğum izni döneminde ortaya çıkan hastalıklar kapsam dışıdır. Ara dönemde yapılacak tüm giriş işlemlerinde, prim gün esasına göre hesaplanacaktır.

### 8.1. Sigortalanabilecek Kişiler

Başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilmiş ve sigortalanan üzere ilk başvurdukları tarihte 64 (dahil) yaşından küçük olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir. Ancak, Sigortacı kesintisiz devam eden sözleşmelerde 65 (dahil) yaşından büyük olan kişilerin sigortasını, Risk Kabul Birimi tarafından yapılacak tıbbi ve teknik analiz sonucuna göre, reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi, vb) kabul etme hakkına sahiptir.

Personelin 18 (dahil) yaşından küçük çocukları ve 18 ile 24 (dahil) yaş arası çocukları da, tarafların kabul etmesi koşuluyla Teminat ve Prim/Ödeme Planı Tablosu'nda belirtilen çocuk primi ile sigorta kapsamına dahil edilebilirler. Eş ve 25 (dahil) ile 29 (dahil) yaş arasındaki çocuklar ise tarafların kabul etmesi koşuluyla Teminat ve Prim/Ödeme Planı Tablosu'nda belirtilen ilgili prim ile sigorta kapsamına dahil edilebilirler.

Ancak, personel sigortalananmadan eş ve çocukları sigorta kapsamına alınamaz.

## 9. SİGORTALININ POLİÇEDEN ÇIKIŞI

İşten ayrılan personel ve bağımlılarının grup sağlık poliçesinden çıkarılması zorunlu olup, bu Sigortalı'ların poliçe kapsamından çıkış tarihi işten ayrılış tarihi itibarıyla yapılır. İşten ayrılan personelin ve bağımlılarının Sigortacı'ya zamanında ve tam olarak bildirilmesinden Sigorta Ettiren sorumlu olup, bildirim yazılı talep ile yapılması gerekmektedir. İşten ayrılan personel ve bağımlılarının zamanında ve tam olarak bildirilmemesinden dolayı Sigortacı'nın uğrayacağı her türlü zarar, söz konusu Sigortalı'ların işten ayrıldıkları tarih ile Sigortacı'ya bildirim yapıldığı tarih arasında geçen süre içerisinde Sigortalılar tarafında grup poliçesi kapsamında yapılacak sağlık harcamaları nedeniyle Sigortacı tarafından ödenen her türlü tazminat Sigorta Ettiren tarafından karşılanır. Çıkış tarihi ile bildirim tarihi arasında gerçekleşen ve Sigortacı'ya çıkışın zamanında bildirilmemesi nedeniyle Sigortacı'nın ödediği tazminatlar, Sigorta Ettiren'e prim zeyili olarak yansıtılır. Personelin poliçeden çıkması durumunda, hiçbir koşula bağlı kalmaksızın bağımlıların da aynı tarih itibarıyla çıkışı yapılır.

Vefat etmiş personel, bağımlılar ve vefat eden personelin bağımlılarının poliçe kapsamından çıkışı vefat tarihi itibarıyla yapılır. Ancak, vefat eden personelin bağımlıları sigorta ettirenin yazılı onayının olması halinde poliçe bitiş tarihine kadar poliçe kapsamında kalabilecektir. Ferdi katılımlı poliçelerde primi ödeyen personelin vefat etmesi durumunda, mevcutta prim borcu var ise kanuni varisleri tarafından prim borcunun ödenmesi şartı ile devamı sağlanacaktır.

Zorunlu gruplarda yukarıdaki sebepler dışında çıkış talebi mümkün değildir. İsteğe bağlı ve Gruba Bağlı Bireysel Poliçelerde ise, tekrar giriş işleminin poliçenin bir sonraki yenileme dönemine kadar yapılmaması şartı ile çıkış yapılabilecektir.

Sigorta Ettiren, iş ile ilişkisi kesilen personelin çıkış talebini aynı gün, kendi isteği ile poliçeden ayrılacak personel ve bağımlılarının çıkış taleplerini ise; talep tarihinde bildirmekle yükümlüdür.

Belirtilen süreler uygun bildirim yapılmayan sigortalılar için geriye dönük çıkış talebinde bulunulamaz.

İyi niyet prensipleri çerçevesinde hareket edildiği durumlarda personel ve bağımlılarının poliçeden çıkış işlemi, Tazminat/Prim (Toplam Tazminat / Kazanılmış Brüt Prim) oranına bakılmaksızın gün esaslı olarak yapılacaktır. İyi niyet prensipleri çerçevesinde hareket edilmediğinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı söz konusu personel ve bağımlılara ilişkin tazminat tutarının tamamını Sigorta Ettiren'den isteme hakkına sahiptir.

## 10. PRİM TESPİTİ

### 10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Sigortacı, Grup Sağlık Sigortası primlerini grubun büyüklüğü, geçmiş dönem kullanımı, sigortalıların yaşı/cinsiyeti, sigorta süresi, teminat yapısı, teminat limiti ve enflasyon oranı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Birey bazında primlendirme yerine gruptaki sigortalı sayısına göre yaş ve cinsiyet dağılımına göre primlendirme yapılabilmektedir. Ayrıca Sağlık Hizmet Tarifesinde (TTB-HUV asgari ücret tarifesi, SUT birim ve katsayıları, HUV birim ve katsayıları) oluşan değişiklikler, değerlendirmede sağlık enflasyonu olarak baz alınmaktadır. Sağlık Hizmet Tarifesinde uygulamaların değişmesi durumunda tekrar değerlendirme yapılır.

### 10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler

Poliçe priminin tamamı, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatı ve taksitleri poliçe üzerinde yazılı vadelerde, Sigorta Ettiren'in belirtmiş olduğu ödeme şekline (havale, kredi kartı, bankalara verilen otomatik ödeme talimatı vb.) göre tahsil edilir. Havale ile ödeme yapılacak ise açıklama bölümüne mutlaka Sigorta Ettiren / şirket unvanı ve poliçe numarası yazdırılmalıdır. Primin belirtilen ödeme aracından tahsil edilmemesi durumunda, TTK hükümleri uygulanır. Sağlık gideri ödemelerinin durdurulmaması ve poliçenin iptal edilmemesi için poliçede yazılı prim ödeme tarihlerinde ilgili ödeme tipinin gerektirdiği hesap / limit kullanılabilir bakiyeleri ile prim ödemesi yapılabilirliğinin uygun olmasına dikkat edilmelidir. İşbu poliçenin tesliminde sigorta priminin tamamı veya ilk taksiti ödenmez ise sigortacının sorumluluğu başlamaz. Poliçe başlangıç tarihinden sonraki sigortalı girişlerine ait prim tahakkukları poliçe prim borcuna ilave edilir ve kalan taksit adedine bölünerek takip eden vadelerde eşit taksitlerle tahsil edilir. Sigortalı çıkışlarındaki iade prim tutarı ise eşit taksitlerle poliçe borcundan düşürülür.

Poliçe dönemi içinde bu poliçede verilen teminat limitlerinin değiştirilmesi sonucu oluşan prim, prim borcuna ilave edilir ve kalan taksit adedine bölünerek takip eden vadelere yansıtılır. Poliçede belirtilen son taksit vadesinden sonraki zeyilnameler peşin olarak yansıtılır.

## 11. POLİÇENİN YENİLENMESİ

Sigorta süresinin bitiminden önce Sigorta Ettiren ve Sigortacı'nın karşılıklı anlaşması ile önceki poliçenin bitiş tarihinden itibaren geçerli yeni sözleşme (poliçe) akdedilebilir. Sigortacı, ilgili mevzuatlar kapsamında yenileme poliçesi kapsamında işbu Grup Sağlık Sigortası Özel Şartlarında ve prim tarifesinde değişiklik yapabilir, Sigortalılara tıbbi risk değerlendirmesi yaparak hastalık istisna veya sürprim, kullanıma bağlı ek prim uygulayabilir, geçerli anlaşmalı kurum ağı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri ve yıllık kullanım adetlerinde değişiklik yapabilir. Bu değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Yenileme döneminde Sigorta Ettirenin teminatları daha dar bir ürünü talep etmesi durumunda Sigortacı, yeni bir sözleşme ve protokol düzenleyerek işbu Grup Sağlık Sigortası özel şartlarında değişiklik yapabilir, özel şartlarda yapılan değişiklikler Sigorta Ettirenin sorumluluğunda olup her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Sigorta Ettiren tarafından poliçe vadesi içerisinde talep edilen teminat ve/veya ek protokol ile ilgili değişiklikler sigortacı tarafından değerlendirmeye alınmaz.

## 12. POLİÇE İPTAL ESASLARI

Poliçenin iptal olması veya sigortalının poliçeden çıkması durumunda, Sigortacı'nın Sigortalıya verdiği taahhütleri son bulur.

Sigorta Ettiren, Sigortacı'dan Sözleşme'nin iptalini talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için; Sigorta Ettiren tarafından düzenlenen, sözleşmenin iptal edilmesi istenen tarihi ve gerekçesini içeren iptal bildirim yazısının Sigortacı'ya ulaştırılması gerekir.

Sigorta Ettiren, sigorta sözleşme başlangıç tarihinden itibaren ilk onbeş (15) gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunmak suretiyle, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat ödemesinin olmaması kaydıyla sigortadan cayma ve ödemiş olduğu primi kesintisiz iade alma hakkına sahiptir.

Ancak, sözleşme başlangıç tarihinden itibaren ilk onbeş (15) gün içerisinde gönderilmeyen iptal taleplerinde ve/veya ilk onbeş (15) gün içerisinde risk gerçekleşmiş, iptal talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat ödemesinin olması durumunda, Sigortacı teminat kapsamına aldığı ve ödemiş olduğu sağlık giderleri ile idari ve istihsal giderlerini prim zeyili yaparak iptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren'den tahsil eder, ve varsa iade edilecek prim tutarını Sigorta Ettiren'e iptal talebinin kendisine ulaştığı tarihten itibaren beş (5) gün içerisinde iade eder.

Sigorta sözleşme başlangıç tarihinden itibaren ilk onbeş (15) gün sonrasında gönderilen iptal taleplerinde ise, Sigortalılara ödenen tazminatlar ile idari ve istihsal giderlerinin iptal tarihi itibarıyla gün esaslı hesaplanan kısmının toplamı, Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı tahsil ettiği primlerden almaya hak kazandığı primleri düşerek kalan primleri iptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren'e iade eder.

Sigortalılara ödenen tazminatlar ile idari ve istihsal giderlerinin iptal tarihi itibarıyla gün esaslı hesaplanan kısmının toplamı, Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı ilgili tazminat tutarını ve idari ve istihsal giderlerinin gün esaslı olarak hesaplanan kısmını tahsil ettiği prim tutarından düşerek kalan primi iptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren'e iade eder. Sigortalılara ödenen tazminat tutarı ile idari ve istihsal giderlerinin iptal tarihi itibarıyla gün esaslı hesaplanan kısmının toplamı, hem Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını hem de iptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren'in ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesiz iptal yapılır ve rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin Sigortacı'nın ödediği/ ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

İptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren'in isteği üzerine sözleşmenin iptali en fazla onbeş (15) gün geriye dönük yapılabilir.

İşbu Sözleşme hükümleri çerçevesinde sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması vb gibi her türlü kötü niyetli hareketin saptanması durumunda Sigortacı, teminat kapsamına aldığı ve ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve Sigortalı'yı varsa bağımlıları ile beraber poliçeden çıkartma hakkına sahiptir. Sigortalı'nın, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile Sigortacı'nın uğrayacağı zararlardan sigortalının bulunduğu poliçenin Sigorta Ettireni, Sigortalı ile birlikte sorumludur.

## 13. SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMALARI

Sigortalı'nın poliçesinin geçerli olduğu ve Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda, Sigortacı'dan onay alınarak gerçekleştirilen sağlık gideri için poliçede belirtilen limit ve sigortalı katılım payı oranlarına uygun olarak, Sigortacı tarafından Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na direkt ödeme onayı verilir.

Sigortalı müracaat ettiği Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortalı olduğunu belirtmek ve varsa teminat tablosunda belirtilen muafiyet tutarı ve/veya sigortalı katılım payı oranını ödemekle yükümlüdür.

Anlaşmasız Sağlık Kurumu olarak tanımlanan kişi ve kurumlarda tedavi yapılması halinde, tedavi gideri öncelikle Sigortalı tarafından ödenir. Tazminatın değerlendirilmesi için gerekli belgeler Sigortacı'ya ulaştırıldıktan sonra, poliçe Özel ve Genel Şartları ile teminat tablosuna göre değerlendirme yapılır. Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen ayakta ve yatarak tedavi giderlerinin ödeme uygunluğu değerlendirilerek, teminat tablosunda belirtilen muafiyet ve/veya sigortalı katılım payı oranları doğrultusunda Sigortalı'ya ödeme yapılır.

Sigortalı'nın Anlaşmasız Sağlık Kurumu'na başvuru nedeni, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen tanımlamalara uygun acil bir durum var ise fatura, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda geçerli olan muafiyet ve/veya sigortalı katılım payı oranları doğrultusunda değerlendirilir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet ve kamu hastanelerinde gerçekleşecek giderler ile ilgili gelen faturalar Anlaşmasız Sağlık Kurumu'ndan gelmiş gibi değerlendirilecektir.

Sigortacı'nın Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda değişiklik yapma hakkı saklıdır. Bu değişikliklere ve poliçe teminatlarının geçerli olduğu güncel Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesine, [www.katilimemeklilik.com.tr](http://www.katilimemeklilik.com.tr) adresinden ulaşılabilir.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tetkik, tedavi işlemleri, operasyonlar ve doğum için doktor ve ekibine ödenecek tutar, Sağlık Kurumu'nun Sigortacı ile anlaşmalı olduğu tutar ile sınırlıdır.

Sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında gerçekleştirdiği yatarak tedavi işlemlerinde ortaya çıkabilecek SGK fark tutarı, Poliçe Özel ve Genel Şartları doğrultusunda değerlendirilerek poliçedeki limitler ve katılım payı dâhilinde fatura karşılığında ödenir. SGK kapsamında gerçekleştirilen ilaç alımlarında da katılım payı hariç olmak üzere sadece SGK fark tutarı (SGK katılım payı sigorta konusu yapılamaz) Poliçe Özel ve Genel Şartları doğrultusunda ilgili teminat dâhilinde ödenir.

Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen ve yatarak tedavi teminatı kapsamında değerlendirilen tüm işlemlerde doktor ve ekibine ödenecek ücret ile Ayakta Tedavi işlemlerinden doktor muayenesi TTB-HUV ücreti ile sınırlıdır.

#### 14. TAZMİNAT İŞLEMLERİ

Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık harcamalarında, fatura aslı ve diğer ilgili belgelerin Sigortacı'ya gönderilmesi gerekmektedir. Bir tazminatla ilgili tüm belgeler birlikte gönderilmeli ve her türlü tetkik, tahlil, röntgen ve benzeri harcamaların doktor talebine istinaden yapıldığı belgelenmelidir. Sigortacı gerekli görmesi halinde tedavi giderleri için 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, Sigortalı'yı referans hekime muayene ettirmek hakkına sahiptir.

Sigorta Ettiren tarafından haftanın belirli bir gününe kadar toplanacak tazminat belgeleri Sigortacı'ya iletilecek, Sigortacı bu tazminatların karşılıklarını, poliçe kapsamı içerisinde olmak kaydıyla, ilgili tazminat talebine ilişkin gerekli tüm belgelerin eline ulaşmasını takip eden 5 (beş) iş günü içerisinde Sigortalı tarafından bildirilen hesaba ödeyecektir. Tazminata konu olan sağlık giderinin Sigortalı katılım payı ve/veya muafiyet tutarı olarak değerlendirilen bölümü, teminat kapsamında değildir.

Sigortalı'lar, Sigorta Ettiren aracılığıyla, Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda teminatları kapsamında yaptıkları sağlık giderlerinin ödenmesi için fatura asılları ile ekinde aşağıda belirtilen belgeleri almış (60) gün içerisinde Sigortacı'ya ulaştırması gerekmektedir:

- Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor ve/veya tedavi görülen sağlık kuruluşu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- Tüm giderlerin fatura asılları ve fatura dökümleri,
- Hastanede yatarak veya yatmadan yapılan ameliyatlı veya ameliyatsız tedavi ve müdahalelerde, epikriz/anamnez raporu/ameliyat raporu, patoloji raporu,



- d. Rahatsızlığın teşhis/takibine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- e. Reçetenin aslı, ilaç kupürleri ya da ilaç takip sistemi çıktısı ve eczaneden alınan kasa fişi veya fatura,
- f. Sinüzit ameliyatlarından önce Sigortalı'ya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,
- g. Fizik tedavilerinde, varsa tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.) ve ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü),
- h. Her türlü adli olaylarda (trafik kazası dâhil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),
- i. Yurtdışında yapılan tedavilere ait doktor raporları ve yapılan tetkiklere ait sonuçların Türkçe tercüme (İngilizce dışındaki dillerde olan belgeler için), ayrıntılı fatura dökümü, fatura yoksa ödendi belgesi,
- j. Diş tedavilerinde diş grafisi,
- k. Gözlük ve lens faturalarında, gözlük reçetesi, gözlük model numarasının yazılı olduğu garanti belgesi kopyası,
- l. Sigortalı faturasının poliçe şartlarına uygun olan kısmı, başvuru aşamasında bildirilen Sigortalı banka hesabına yatırılacaktır.

## 15. RÜCU

Sigortacı, Sigortalı'nın ve/veya tedaviyi düzenleyen kurum/doktorun eksik ve/veya yanlış bilgi aktarması nedeniyle kabul ettiği Sağlık Sigortası Genel ve Poliçe Özel Şartları'na uymayan sağlık giderlerini, Sigortalı'ya ve/veya Sigorta Ettiren'e rücu ederek yasal faizleri ile birlikte tahsil eder.

Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel Şartları kapsamında kabul ettiği ve ödediği sağlık giderine üçüncü şahısların neden olması durumunda, Sigortalı'nın yerine geçerek ödediği tazminat tutarını üçüncü şahıslardan rücu edebilir.

## 16. DİĞER

### 16.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Sigortacı, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dâhil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve/veya belge temin etme ve paylaşımında bulunmaya yetkilidir. Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM ve sigorta şirketleri ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

### 16.2. Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi

Sigorta Ettiren ve Sigortalı, gerek ilk başvuru aşamasında gerekse sigortalılık süresi içerisinde sağlık durumundaki değişiklikleri Sigortacı'ya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür. Sigorta ettiren ve/veya Sigortalı'nın Başvuru Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut hastalık/rahatsızlıklarının olması halinde poliçe, Sigortacı tarafından iptal edilebilir, bu hastalık ve/veya rahatsızlıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya hastalık ek primi uygulanarak poliçe devam ettirilebilir. Sigortacı, bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı hastalık/rahatsızlıkları, tekrar kapsama almak üzere değerlendirmez. Sigortacı'nın mevcut hastalık/rahatsızlıklara ait giderleri, sigortalı/sigortalılar lehine işlem kolaylığı sağlayan provizyon/e-provizyon aşamasında kabul etmiş olması, sigortalı/sigortalılar tarafından, teminat ve tazminat olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. Sigortacı'nın Poliçe Özel ve Genel Şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi, ihbar tarihi olarak esas alınacaktır. Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlanması / yararlandırılması, aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına alınmasına yönelik suiistimal girişimleri ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda, Sigortacı teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

### 16.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Sigortacı, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin Sigorta Ettiren'e; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda Sigorta Ettiren'e/Sigortalı'ya yazılı veya elektronik ortamda bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır. Ancak bu iletişim bilgilerinden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından Sigortacı'ya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, Sigortacı kendi kayıtlarında yer alan iletişim adreslerine yapacağı bildirim ile bilgilendirme yükümlülüğünü usulüne uygun yerine getirmiş sayılır.

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede Sigortalı olan personel ile Sigorta Ettiren'e ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin Sigortacı'ya iletilmiş olması zorunludur.