

İÇİNDEKİLER

YABANCI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI	1
1. SİGORTANIN KONUSU	1
2. BAŞVURULAR VE SİGORTAYA KABUL	1
2.1. SAGMER (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi) Bilgilendirme	2
3. SİGORTA ETTİRENİN SORUMLULUĞU	2
3.1. Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi	2
3.2. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	2
4. TEMİNAT KAPSAMI	2
4.1 Yatarak Tedavi Teminatı	3
4.1.1. Operatör Doktor Ücreti	3
4.1.2. Küçük Müdahale Teminatı	3
4.1.3. Evde Bakım	4
4.1.4. Suni Uzuv	4
4.1.5. Ambulans	4
4.2. Ayakta Tedavi	4
4.2.1. Doktor Muayene	4
4.2.2. Reçeteli İlaç	4
4.2.3 Tahlil-Röntgen	4
4.2.4. İleri Tanı Yöntemleri	4
4.2.5. Yardımcı Tıbbi Malzeme	5
4.2.6. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	5
5. STANDART İSTİSNALAR	5
6. BEKLEME SÜRELİ DURUMLAR	6
7. TAZMİNAT DEĞERLENDİRME VE ÖDEME	7
7.1. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler	8
7.2. Rücu ve İstirdat Hakkı	8
7.3. Terör Klozu	8
8. SİGORTANIN YENİLENMESİ	8
9. SÖZLEŞMEDE YAPILACAK DEĞİŞİKLİK	8
10. KAZANILMIŞ HAKLAR	8
11. PRİMİNİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN/SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL	8
12. TAZMİNATSIZLIK İNDİRİMİ	9
13. RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME	9
14. ACİL DURUMLAR	10
15. PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER	10
16. YASALARDAKİ DEĞİŞİKLİKLER	10
17. VERGİLER	10
18. PARA BİRİMİ	10
19. TANIMLAR	10

YABANCI SAĞLIK KATILIM SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Bu özel şartlar Katılım Emeklilik Misafirim Güvende Sağlık Katılım Sigortası Poliçesi bulunan yabancı uyruklu (T.C. vatandaşı olmayan) sigortalılar için geçerlidir. Sigorta sözleşmesi, sigorta ettiren ve sigortalının başvuru formu, tanımlar, sağlık sigortası genel şartları, özel şartlar, limitler, istisnalar ve özel istisnaları, poliçe, teminat tablosu ve bu belirtilenlerin eklerinden oluşan (burada "sigorta sözleşmesi" olarak adlandırılacaktır), sigortacı ve sigorta ettiren arasındaki anlaşmalardır. Bu sözleşme ile sadece yabancı uyruklu (T.C. vatandaşı olmayan) kişiler için (bundan sonra "sigorta ettiren/sigortalı" olarak adlandırılacaktır) sağlık poliçesi düzenlenebilir ve sigorta kapsamına alınabilir.

Sağlık poliçeleri 1 (bir) yıllık düzenlenir. Poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Poliçe Türkiye saati ile öğlen 12.00'de başlar, belirtilen bitiş tarihinde öğlen 12.00'de sona erer. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz. Sigorta Sözleşmesi'nin geçerli olduğu süre içerisinde yapılacak bütün değişiklik ve ilaveler, yazılı olarak talep edilmesi ve karşılıklı olarak mutabık kalınması halinde geçerlidir. Sigortacı tarafından kabul edildiği yazılı olarak bildirilmeyen değişiklik veya ilaveler geçerli değildir.

Sigortacı, sigorta ettirenin başvuru formunda verdiği bilgilere göre belirlenen priminin ödenmesi ve bu Sigorta Sözleşmesi'nin ayrılmaz eklerinin şartları altında başvuru formunda adı geçen Sigorta Ettiren ile anlaşarak sigortalının teminat kapsamında belirlenen sağlık masraflarını karşılamayı kabul eder.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. (İş bu özel şartlarda bundan sonra "Sigortacı" olarak adlandırılacaktır) ve sigorta ettiren/sigortalının üzerinde mutabık kaldığı şartlar doğrultusunda hazırlanan katılım sigortası poliçesi; sigorta ettiren/sigortalının doldurup imzaladığı ve sigortacının kabul ettiği başvuru formu ile sigortalı bilgilendirme formu ve poliçenin ayrılmaz parçaları olan Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel şartları ile anlaşmalı kurum listesinden meydana gelmektedir.

Sigortalı; sigorta kapsamına kabul talebinde bulunduğu başvuru formunu doldurduğu andan itibaren poliçe süresi boyunca Sigortacının gerekli gördüğü takdirde kendisinin sağlık geçmişi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme, tedavisi hakkında kurum, doktor ve 3. kişilerden her türlü bilgi alma, verme, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkı için izin vermiş sayılır.

1. SİGORTANIN KONUSU

Bu sigorta ile Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ek olarak sigortalının sigorta süresi içinde bir hastalık ve/veya kaza halinde, Sağlık Bakanlığınca ruhsat verilmiş her tür özel veya resmi sağlık kuruluşunda yatarak ve/veya ayakta tedavisi için gerekli olan sağlık giderleri poliçe de belirtilen teminat, limit ve ödeme yüzdesi doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Sigorta teminatı sadece sigorta poliçesinde yer alan kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler teminattan yararlanamazlar. Aile kapsamındaki sigortalılar tedavileri ile ilgili belgeleri poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettiremezler.

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 parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar poliçe kapsamında değildir.

2. BAŞVURULAR VE SİGORTAYA KABUL

Sigorta ettiren/sigortalı adaylarının ilk ve sonradan yapacakları bütün başvuruların, sigortacı tarafından temin edilen başvuru formları ile yapılması, sigortalanacak kişilerle ilgili beyan kısımlarının eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerekir. Katılım Sigortası poliçesi için yapılacak her türlü başvuru ve /veya değişiklik taleplerinin yazılı ve ıslak imzalı olması şarttır.

Sigorta ettirenin ve sigortalı adayının daimi ikamet ettiği yerin Türkiye sınırları içerisinde olması zorunludur. Sigorta giriş yaşı hesabı; poliçe başlangıç tarihi ile doğum gün/ay/yıl olarak hesaplanır.

İlk sigortalıya yaş 15 günlük -69 yaş arası olan kişileri teminat kapsamına alır. 15 günlük -17 yaş aralığındaki çocuklar sigorta ettirenin 18 yaşından büyük olması şartı ile tek başına sigortalı olabilir. Yeni doğan bebekler 30 gün içerisinde poliçeye dahil olması için başvuruda bulunmak zorundadır. Bu süreyi aşan talepler bir sonraki yenileme döneminde başvurulması halinde değerlendirilecektir.

Sigortacının ilk ya da daha sonraki başvuruları herhangi bir neden göstermeksizin reddetme, standart şartlarla kabul etme ya da ek prim ve/veya belirli rahatsızlıklar için bekleme süresi ve/veya özel istisna, limit, katılım payı koyarak özel şartlar altında kabul etme, gerekli hallerde doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkı saklıdır.

Bu üründe geçiş kabul edilmemektedir. Sigortalının farklı bir şirkette daha önce sahip olduğu farklı bir sağlık katılım sigortası poliçesi ile var olan kazanılmış hakları bu poliçe için geçerli olmayacaktır. Sigortalının, poliçenin geçerlilik tarihi içerisinde evlenmesi durumunda, sigortalı kapsamına alınacak eşinin en geç 30 gün içinde başvuru formu doldurması ve evlilik durumunun belgelenmesi halinde evlilik tarihi itibarıyla sigortalı olacaktır. Bu sürenin aşılması durumunda ise teminat başvuru tarihinden itibaren başlatılır.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

SARAY MAHALLESİ DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CADDESİ NO:2 AKKOM OFİS PARK 3. BLOK KAT: 2 ÜMRANIYE / İSTANBUL

Çağrı Merkezi: 0850 226 0 123 - Telefon No: 0(216) 999 81 00 - Faks: 0(216) 692 11 22 - E-Posta: info@katilimemeklilik.com.tr - www.katilimemeklilik.com.tr

Mersis No: 0528064104700018, Ticaret Sicil Müd. İstanbul Ticaret Odası (İTO), Ticaret Sicil No: 895027

Katılım Sağlık, bir Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. markasıdır.

2.1. SAGMER (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi) Bilgilendirme

İş bu Sigorta poliçesindeki sigortalılara ait poliçe ve sağlık bilgileri Sagmer'e (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi) transfer edilecek olup, Sagmer ve diğer kamu kuruluşlarından sigortalıların poliçe ve sağlık bilgileri temin edilebilecektir. Sigorta Bilgi Merkezi Yönetmeliği gereği talep edilen bilgilerin gönderilmesi zaruri olup, Bilgi Merkezi'ne verilen bu bilgiler nedeniyle Sigortacının hiçbir sorumluluğu bulunmamaktadır.

3. SİGORTA ETTİRENİN SORUMLULUĞU

Sigorta Ettiren, Sağlık Sigortası Genel Şartlarında belirtilen yükümlülüklerine ilaveten sigortalanacak kişiler tanımına uygun olarak sözleşme kapsamına alınan kişilerin, artık bu tanıma uymayan konuma gelmeleri halinde bu tarihten itibaren en geç 30 gün içerisinde sigortacıya bildirimini yapmak ve bu kişilerin sözleşme kapsamından çıkışlarını talep etmek zorundadır.

Poliçenin iptal edilmesi veya sigortalının poliçe kapsamından çıkması halinde, poliçe kapsamı dışında kalan bu kişiler adına düzenlenmiş evrakların ve sigortalı tanıtım kartının sigortacıya iade edilmesi sorumluluğu sigorta ettirene aittir. Evrakların tam olarak teslim edilmemesinden doğacak kayıplar sigorta ettirene rücu edilir. Sigortalının/sigorta ettirenin beyanı gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış ise Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 hükümleri uygulanır. Madde 6'ya göre sigortacının hakları saklı kalmak kaydıyla sigortalı/sigorta ettirenin beyan etmediği hastalıklarını değerlendirme ve şartlı kabul (kapsam dışı, ek prim vb.) teminat kapsamına alma hakkına sahiptir.

Sigortacı, poliçenin Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartlarına aykırı olan giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıdan ve/veya sigorta ettirenden tahsil etme hakkına sahiptir.

3.1. Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi

Sigorta ettiren ve sigortalı gerek ilk başvuru aşamasında gerekse sigortalılığı süresi içerisinde sağlık durumundaki bildiği ve bilmesi gereken tüm hususları ve değişiklikleri sigortacıya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür.

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının, başvuru aşamasındaki beyanlarının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu veya bilmesi gerektiği 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 teminat kapsamına almak üzere değerlendirmez.

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 sokulmasına yönelik suiistimal girişimleri, yeni giriş işlemleri maddesinde belirtilen kriterlere uyulmaması ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda, Sigortacı yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

Sigortalı/Sigorta Ettiren/Lehtar/Hak Sahibi sıfatını haiz olduğunuz sigorta ilişkisinde tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermeniz durumunda, tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabileceği gibi Türk Ceza Kanunu ile 30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan "Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

3.2. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Sigortacı, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik 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 bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede sigortalı olan aile bireylerinden en az biri ile sigorta ettirene ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin Sigortacı'ya iletilmiş olması zorunludur. Aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda poliçede bilgisi tam olan kişiye bildirim yapılır ve bilgilendirme poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

4. TEMİNAT KAPSAMI

İş bu poliçe Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu tarafından yayınlanan Vize ve İkamet İzni Taleplerinde Yapılacak Özel Sağlık Sigortası Genelgesi'nin ilgili maddesinde belirlenen asgari teminat yapısını kapsamaktadır.

Sağlık Katılım Sigortası Sözleşmesi, sigortacının şirket ile yaptığı sözleşmeye istinaden poliçe sahibi sigortalıların, şirket ile sözleşme/protokolü bulunan sağlık kurum ve kuruluşlarından oluşturduğu anlaşmalı kuruluşlarından sağlık hizmeti almaları sırasında oluşabilecek tedavi giderlerinin poliçe teminat, limit, ödeme oranı, özel ve genel şartları doğrultusunda ödemesini kapsar.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

SARAY MAHALLESİ DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CADDESİ NO:2 AKKOM OFİS PARK 3. BLOK KAT: 2 ÜMRANİYE / İSTANBUL

Çağrı Merkezi: 0850 226 0 123 - Telefon No: 0(216) 999 81 00 - Faks: 0(216) 692 11 22 - E-Posta: info@katilimemeklilik.com.tr - www.katilimemeklilik.com.tr

Mersis No: 0528064104700018, Ticaret Sicil Müd. İstanbul Ticaret Odası (İTO), Ticaret Sicil No: 895027

Katılım Sağlık, bir Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. markasıdır.

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.

İş bu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumlar üzerinde şirketin değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.katilimemeklilik.com.tr adresinde yer almaktadır.

4.1. Yatarak Tedavi Teminatı

Yatarak tedavi teminatı, tıbben gerekli olması ve doktorun bu nedeni ayrıntılı olarak raporunda belirtmesi şartıyla; medikal ve/veya cerrahi yatışları, sigortalının hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderlerini, küçük müdahaleleri özel ve genel şartlara uygun olarak karşılar.

Hastanede sigortalının yatarak tedavi görmesi durumunda; günlük oda (standart tek yataklı oda ücreti ile sınırlıdır), yemek, refakatçi, doktor, ilaç, ameliyathane, operatör, anestezi, hemşire (standart hemşirelik ücreti ile sınırlıdır), yoğun bakım, her türlü sarf malzeme giderleri, kemoterapi (Hepatit C tedavisinde kullanılan "interferon ve peginterferon alpha" etken maddeli ilaçlar dahil), radyoterapi, diyaliz (poliçede belirtilen yıllık limit dahilinde) koroner anjiyografi, böbrek taşı kırma (ESWL), sigortalının tedavisi sırasında vefatı durumunda morg masrafları, ameliyat sırasında zorunlu kullanılan protezler (Kalp kapağı, kalp pili, kalça protezleri vb.) bu teminat kapsamında değerlendirilir ve teminat tablosunda belirtilen teminat limit ve ödeme oranları doğrultusunda Özel ve Genel Şartlara uygun olarak karşılanır.

Teminat kapsamında, teminat altına alınan sağlık giderleri için, sağlık kurumlarında yatış süresi, yaşam boyu 720 gün, 1 (bir) yıllık sigorta süresi içinde 180 gündür. Normal oda yatışları 1 (bir) gün, yoğun bakım yatışı ise 2 (iki) gün üzerinden hesaplanarak, toplam sağlık kurumunda yatış süresinden düşülür. Sigorta süresi içinde 180 gün ve yaşam boyu 720 gün limitinin üzerindeki yatışlarla ilgili, yatarak tedavi teminatı kapsamında değerlendirilen tüm giderler kapsam dışıdır.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilecek tedaviler için alınmış provizyon onayları 7 gün içerisinde gerçekleşmesi durumunda geçerlidir. Bu süre içerisinde gerçekleşmeyen işlemler için yeniden provizyon alınması şarttır. 7 gün içinde işlemi yapılmayan ve yeniden provizyon onayı alınmayan işlemler için sigortacı ret etme hakkı saklıdır.

Provizyon onayı alınmış ve yatış işlemi gerçekleşmiş tüm yatışlarda 10. günden sonraki konuya ilişkin giderlerin karşılanabilmesi için 11. gün sigortacıdan tekrar onay alınmalıdır. Sigortalının hastaneye başvurmaya neden olan acil sağlık durumunun sağlık kurumlarının acil servislerinde yapılsa dahi, müdahale gerektirmeyen tanı, muayenesi ve ilk teşhisine yönelik giderleri ayakta tedavi teminatı kapsamında değerlendirilir.

4.1.1. Operatör Doktor Ücreti

Sigorta poliçesinin geçerli olduğu sigortacı anlaşmalı sağlık kurumlarında gerçekleşen yatarak tedavi giderleri poliçede belirtilen teminat, limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Tedavinin anlaşmalı veya anlaşmasız kurumda olmasına bakılmaksızın anlaşmasız doktor (staf olmayan) tarafından yapılacak işlemler için doktor ücreti, her durumda 1 TTB (Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen) ile sınırlıdır.

Tedaviyi gerçekleştiren doktor (anestezi ve asistan doktorları da bu kapsam içinde değerlendirilecektir) anlaşmalı kurumun kadrolu veya kadro dışı geçici zamanlı çalışan doktoru değilse tedavi ücreti her halükârda sigortalı tarafından ödenecek ve değerlendirilmek üzere sigortacıya gönderilecektir. İlgili faturalar mutlak surette serbest meslek makbuzu ve/veya VUK'a (Vergi Usul Kanunu) uygun olarak düzenlenen POS slipi şeklinde olmalıdır.

Anestezi ve asistan ücretleri aynı serbest meslek makbuzu / VUK 'a uygun düzenlenen POS slipi içinde yer alamaz; aksi şekilde düzenlenen belgeler sigortacı tarafından işleme alınmayacaktır.

Anlaşmalı doktor ücreti poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. TTB Asgari Fiyat Tarifesinde belirtilmeyen veya anlaşmazlığa düşülen işlemlerin doktor ücretleri için TTB'nin görüşü alınır.

4.1.2. Küçük Müdahale Teminatı

Türk Tabipler Birliği (TTB)'nin yayınladığı Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen ve 149 birime kadar (149. birim dahil) olan küçük müdahaleler ile pansuman, enjeksiyon, serum takılması, kulak yıkama, her türlü alçı uygulaması (149 birimin üzerinde olanlar dahil), oksijen verilmesi, apse drenajı, mide yıkama, lavman, sonda takma, tırnak çekme, her türlü koterizasyon, probe küretaj, fraksiyone küretaj ve tedavi amaçlı olsa da dilatasyonlu küretaj, eklem içi enjeksiyon uygulaması ve derinin tüm iyi huylu tümörlerinin, büyüklüğüne ve sayısına bakılmaksızın çıkarılması gibi lokal anestezi veya genel anestezi ile yapılan tüm küçük müdahaleler tedavinin gerekli olduğunu gösterir doktor raporu ile belgelenmesi ve şirket tarafından onaylanması kaydıyla teminat tablosunda belirtilen teminat, limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

4.1.3. Evde Bakım

Sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi halinde ve sigortacının onaylaması şartıyla, sigortalının evde bakım tedavi organizasyonu ve oluşan masraflar poliçede belirtilen teminat, limit ve ödeme oranları doğrultusunda aksi belirtilmedikçe 45 günle sınırlı olacak şekilde özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır. Sigortalının evde bakım teminatından yararlanabilmesi için, trakeostomili, sık orotrekeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN / IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatöre bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları ve ağrı protokolünün uygulanıyor olması gereklidir.

4.1.4. Suni Uzuv

Sigorta başlangıç tarihinden sonra geçirilmiş bir operasyon ve/veya kaza sonucu 30 gün içinde kullanma zorunluluğu doktor tarafından belgelenen şirket tarafından onaylanan destek protezleri, suni uzuv (göz, el, kol, bacak) giderleri teminat tablosunda belirtilen teminat, limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

4.1.5. Ambulans

Sigortalının T.C. sınırları içerisinde teminat kapsamındaki bir hastalık veya kaza nedeniyle bulunduğu yerden anlaşmalı ambulans ya da anlaşmalı ambulans hizmetinin bulunmaması durumunda yerel ruhsatlı bir kara ambulansı ile en yakın tam teşekküllü hastaneye, hastaneden eve, evden hastaneye taşınması ve/veya sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve Sigorta Şirketinin onaylanması durumunda; bulunduğu il ve hastaneden diğer bir il ve hastaneye, kara ambulansı ile taşınması için yapılan masraflar teminat tablosunda belirtilen ilgili teminat, limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. Anlaşmasız yerel ambulans kullanılması durumunda teminat limiti aynı mesafe için geçerli anlaşmalı kara ambulans ücreti ile sınırlıdır. Ambulans hizmetleri için Özel Şartlarda belirtilen acil durumlar esas alınır.

Ambulans Hizmetinden yararlanabilmeniz için (0850) 226 0 123 nolu Katılım Emeklilik Sağlık İletişim Merkezi'ni arayarak yardım alabilirsiniz.

4.2. Ayakta Tedavi

Sigortalı başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin doktor muayene, tahlil/ röntgen, reçeteli ilaç, modern teşhis yöntemleri ve seanslı ayakta tedavi giderleri ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

Ayakta tedavi teminatı alınan durumlarda, tedavi giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır. Poliçelerde, ayakta tedavi üst limitini aşan tedavi giderleri ödenmez. Ayakta tedavi teminatları tek başına verilemez, ancak yatarak tedavi teminatı ile birlikte alınabilir.

4.2.1. Doktor Muayene

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde görevli veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca yapılacak, Katılım Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu ile belgelenecek ayakta tedavi kapsamındaki doktor muayene giderleri, poliçede belirtilen limit, ödeme yüzdesi, muafiyet ile özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10. güne kadar yapılan muayeneler, kontrol muayenesi olduğundan bu şekilde fatura edilmiş tedavi giderleri ödenmez. Anlaşmalı kurumlarda kadrolu/kadro dışı geçici zamanlı çalışmayan doktorları tarafından yapılan muayeneye ait giderler her halükârda sigortalı tarafından ödenecek ve sigortacıya değerlendirilmek üzere gönderilecektir. İlgili faturalar mutlak surette serbest meslek makbuzu ve /veya VUK 'a (Vergi Usul Kanunu) uygun olarak düzenlenen POS slipi şeklinde olmalıdır.

4.2.2. Reçeteli İlaç

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı ilaçlara ait giderler reçete aslı, ilaç kupürü ile fatura ve /veya kasa fişi olmadan ödenmez.

İlaç alımında doz sınırlaması için uygulamamız 1 aylık doz olacak şekilde ayarlanmıştır. Ancak reçete yazıldıktan sonraki 15 gün içinde ilaç alımının yapılması gerekmektedir. Kronik ilaç kullanımları hariç, 15. günden sonra alınan ilaçlar sigortacı tarafından karşılanmayacaktır. Uzun süreli ilaç tedavilerinde, aynı reçete ile her defasında 1 aylık doz poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile özel genel şartlara uygun olarak ödenir.

4.2.3 Tahlil-Röntgen

Tip doktorunun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve Katılım Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formunda belirttiği, poliçenin geçerlilik süresi içerisinde gerçekleşen, teminat kapsamındaki durumlar için yapılan tahlil, röntgen giderleri ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi ve doktor ücretleri poliçede belirtilen limit, ödeme yüzdesi ile özel ve genel şartlar çerçevesinde karşılanır.

Tanıya yönelik işlemlerde Sağlık Katılım Sigortası Hasta Bilgi Formu'nun Doktor tarafından eksiksiz olarak doldurulması ve Doktor tarafından yapılması gerekli görülen her tanı işleminin bu formda belirtilmesi gerekir. Sigortalının hastalığının tanısı konulana kadar yapılacak tetkikler bir kullanım hakkı olarak değerlendirilir.

4.2.4. İleri Tanı Yöntemleri

Tip doktorunun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve Sağlık Katılım Sigortası Hasta Bilgi Formunda belirttiği tomografi, sintigrafi, MR, magnetik rezonans, nükleer tıp ve sintigrafiler (talyum vb.), endoskopik işlemler (gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronkoskopi,

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

SARAY MAHALLESİ DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CADDESİ NO:2 AKKOM OFİS PARK 3. BLOK KAT: 2 ÜMRANIYE / İSTANBUL

Çağrı Merkezi: 0850 226 0 123 - Telefon No: 0(216) 999 81 00 - Faks: 0(216) 692 11 22 - E-Posta: info@katilimemeklilik.com.tr - www.katilimemeklilik.com.tr

Mersis No: 0528064104700018, Ticaret Sicil Müd. İstanbul Ticaret Odası (İTO), Ticaret Sicil No: 895027

Katılım Sağlık, bir Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. markasıdır.

mediastinoskopi vb.) EEG, EMG, anjiyografiler (Koroner anjiyografi hariç), biopsiler (endoskopik işlemlerle ilgili biyopsi giderleri dahil, ancak sadece karaciğer biyopsisi hariç), işitme testi giderleri ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç anestezi ve doktor ücretleri poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile genel ve özel şartlara uygun olarak karşılanır.

Tanıya yönelik işlemlerde Sağlık Katılım Sigortası Hasta Bilgi Formunun doktor tarafından eksiksiz olarak doldurulması ve doktor tarafından yapılmasına gerek görülen her tanı işleminin bu formda belirtilmesi gerekir.

4.2.5. Yardımcı Tıbbi Malzeme

Sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu sigortalıya uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, walker, elastik bandaj, kol askısı, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, oturma simidi, koltuk değneğinden ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

4.2.6. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığın tedavisi için doktor tarafından gerekli görülen ve sigortacı tarafından seans/gün olarak onaylanan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen limit, ödeme yüzdesi ile özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

5. STANDART İSTİSNALAR

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2 ve 3'de belirtilen Teminat Dışı hallerden başka, aşağıda belirtilen durumlar ile bu durumlardan kaynaklanan tüm komplikasyonlar bu poliçenin tüm teminatları için kapsam dışı tutulmuştur.

- Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş, ileri yaşta ortaya çıksa dahi doğumsal (Konjenital) anomali ve hastalıklar, genetik hastalıklar, aksine bir sözleşme belirlenmedikçe (Bebek doğuştan itibaren sigortalı olmuş olsa dahi) prematüre bebek ve kuvöz masrafları, 7 yaş altındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fıtık işlemleri ile ilgili giderleri,
- Skolyoz, kifoz, lordoz, pes planus, halluks valgus/rijitus için yapılacak tetkik ve tedaviler ile ilgili harcamalar,
- Nazal septum deviasyonu ve konka hipertrofisi için yapılacak tedaviler, uyku apnesi, uyku bozuklukları ve horlamaya yol açan tüm rahatsızlıkların teşhis, tedavi ve yardımcı cihaz masrafları
- Yaşlılıktan ileri gelen bunama ile alzheimer, parkinson, sara (Epilepsi) ve bu rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan antipsikotik, antipsikolitik, antikondülsan ve tüm psikotrop ilaçlar
- Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan ve beyan edilmeyen mevcut rahatsızlık/ hastalıklar ve bu hastalıkların nüks ve komplikasyonları dahil (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun olmasın) her türlü sağlık gideri
- Her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler, yapı bozuklukları, motor mental gelişim ve büyüme bozuklukları,
- Psikiyatrik tedavi gerektiren ruh hastalıkları ve psikolojik rahatsızlıklar, pedagog, sosyal Hizmet uzmanı vb. masrafları 8. Alkolizm, alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halusinojen vb. diğer madde bağımlılığı ile her türlü madde bağımlılığını bırakma tedavisi ve bu maddelerin kullanımı sonrası oluşabilecek her türlü rahatsızlık, oluşan kazalara ait giderler, ehliyetsiz araç kullanımına ilişkin tüm tedavi giderleri
- Profesyonel (Lisanslı), amatör veya hobi amaçlı yapılan tehlikeli/tehlikesiz tüm spor faaliyetleri ve/veya tüm yarışlar ile bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetler (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçma, ata binme, kayak yapma, su sporları, dalgıçlık, ulaşım amaçlı olsa dahi atv, motosiklet kullanma vb.) nedeniyle gerçekleşen sağlık tedavi giderleri
- Alternatif tedavi yöntemleri (Akupunktur, homeopati, hipnoz, yoga, mezoterapi, ayurveda, kaplıca ve içmece tedavileri vs.) ve Sağlık Bakanlığı ruhsatı olmaksızın çalışan merkezler ile senatoryum, preventoryum ve rehabilitasyon merkezlerince yapılan tedaviler; bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) kurumu tarafından deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedavilerle ilgili tüm giderler, TTBAUT (Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi) nde karşılığı olmayan işlem/ tedaviler, kilo, iştah bozukluklarına ilişkin zayıflama ve kilo alma programları veya tedavileri ile ilgili harcamalar,
- Robotik Cerrahi yöntemiyle (Da Vinci) yapılan ameliyatlarda, robot kullanımı ücreti ve bu yöntemle özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri. Yeni biyomedikal mühendislik, genetik ve biyoteknolojik bazlı tedavi ve uygulamalara ait giderler,
- Tıp Doktoru olmayan kişiler veya Sağlık Bakanlığı çalışma ruhsatı bulunmayan merkezlerce ve sigortalının 1.derece akrabaları tarafından kesilen faturalar yapılmış ve/veya istenmiş olan tanı amaçlı inceleme, tedavi ve muayene giderleri, reçete edilmiş tüm ilaç ve malzemeler ve sigortalının 1.derece akrabaları tarafından kesilen faturalar, sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlardan alınan sağlık hizmeti giderleri,
- Tanımlamalar kısmında belirtilen gereksiz yatarak tedavi işlemleri ve belirli bir şikâyet ve /veya hastalığa bağlı olmayan, şikâyetle ilgisiz yapılan tanı ve tedaviler ile ilgili harcamalar (Check-up, rutin kontrol vb.),
- Poliçenin geçerlilik süresinde adli bir kaza sonucu meydana gelmedikçe; plastik ve rekonstrüktif cerrahi, her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler, telenjektazi, cilt hemangiomlarına yönelik tedaviler, jinekomasti, terlemeyi önleyen ve bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri, sivilce (akne) ve saç dökülmesi (şampuanlar, cilt kremleri, sabunları ve benzeri kozmetikler dahil) ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri, iyontoforez, botox uygulamaları
- İşitme kusuru cerrahisi (tüp takılması, timpanoplasti, stapedektomi, kronik otit sekeli vb. hariç) ve tüm bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri,
- Kırılma kusuru, keratakonus, göz kaymaları, şaşılık ve gözde kırılma kusurları için yapılan lazer ve cerrahi uygulama masrafları, görme tembelliği, multifokal lensler için yapılan her türlü teşhis, tetkik ve tedavi masrafları
- Poliçe dış teminatının bulunmadığı durumlarda geçerli olmak üzere; Dış hekimleri tarafından dış, dişeti ve çeneye yapılan her tür lümdühale,

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

SARAY MAHALLESİ DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CADDESİ NO:2 AKKOM OFİS PARK 3. BLOK KAT: 2 ÜMRANIYE / İSTANBUL

Çağrı Merkezi: 0850 226 0 123 - Telefon No: 0(216) 999 81 00 - Faks: 0(216) 692 11 22 - E-Posta: info@katilimemeklilik.com.tr - www.katilimemeklilik.com.tr

Mersis No: 0528064104700018, Ticaret Sicil Müd. İstanbul Ticaret Odası (İTO), Ticaret Sicil No: 895027

Katılım Sağlık, bir Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. markasıdır.

teşhis ve tedavi masrafları, diş protezleri (Sigortalının sigorta başlangıç tarihinden sonra geçirebileceği bir trafik kazası sonucu hasara uğramış çene ve dişlerinin eski halini alması için yapılan masraflar hariç) ile poliçede diş teminatı olsa dahi her türlü ortodonti ve estetik amaçlı yapılan diş tedavileri,

- İlaç olarak kabul edilmeyen malzemeler, Tarım Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış her türlü madde ve kimyasallar, resmi ithal edilmemiş tüm ilaçlar ile her türlü external protezler ve destek protezleri (Yatarak Tedavi Teminatı bünyesinde değerlendirilemeyecek olanlar), vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacıyla kullanılan vitamin mineral kombinasyonları ve/veya beslenme düzenleyici preparatlar, evde kullanılan nemlendiriciler, vücuda dışardan takılan cihazlar, ilaçla alınmayan enjektörler, bantlar, gözlük-cam-çerçeve-lens, lens solüsyonu, tekerlekli sandalye, işitme cihazı, ortopedik bot-taban-terlik-ayakkabı masrafları, diş macunu ağız ve diş bakım preparatları vb.) ait masraflar ile telefon, TV, kafeterya, idari Hizmet paramedikal hizmet ve servis ücreti gibi tedavi için gerekli olmayan sair giderler, Çocuk bezi, mama biberon, emzik, bebek bakım kremleri vb. masrafları,
- Alerji için yapılacak aşılarda, alerji testleri, her türlü immünoterapiler (metabolik ve oto-immun hastalıkların tedavisi için yapılanlar hariç) ile ilgili her türlü tetkik ve tedavi ile ilgili harcamalar,
- Hamilelik ile ilgili tüm mutad kontroller ve giderler, düşük, kürtaj (zorunlu olsa bile), doğum (normal/sezaryan), doğum kontrol yöntemleri, aile planlaması düşük araştırması tüp bebek, penil protez, kısırlık, (Folikül takibi, histerosalpingografi, spermogram, adhezyolizis tuboplasti, vb. gibi) cinsel fonksiyon bozuklukları, kısırlıkla ilgisi olsun ya da olmasın varikosel, cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (bulaşma yoluna bakılmaksızın sifiliz, gonore şankroid, lenfograniloma venerum, granüloma inguinale hastalıkları, genital kondilomalar vb.), AIDS ve bunlarla ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri, tıbbi gereği olsa dahi sünnet ile ilgili tüm harcamalar, ses ve konuşma terapisi,
- Varis ve ven trombozu tedavisi (skleroterapi, lazer, ışın, masaj, çorap vs. gibi),
- Donör sağlanması, organ ve kan naklinde verici ile ilgili masraflar,
- Resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar ve kötü niyetle başlatılmış salgın hastalıklar,
- Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tanı, tedavi veya her türlü cerrahi müdahalelerdeki hatalar sonucu doğacak sağlık giderleri,
- Şirket, tarafından onaylanmayan özel hemşirelik giderleri, Özel Şartlar Madde 14'de Acil Durumlar olarak belirtilen durumlar dışındaki ambulans giderleri, her türlü hava ve deniz ambulansı,
- Bulaşma halinde yapılan kuduz, tetanoz, grip ile 0-6 yaş çocuklar için Sağlık Bakanlığı aşı takvimi haricindeki tüm aşılarda (aşı öncesi veya sonrası yapılan tetkikler ile aşı uygulama bedelleri dahil), Sigortalının yatarak, ayakta ve/veya acil olduğuna bakılmaksızın yurtdışında yaptırdığı tüm Sağlık tedavi giderleri,
- Sigortalının yatarak, ayakta ve/veya acil olduğuna bakılmaksızın yurtdışında yaptırdığı tüm Sağlık tedavi giderleri,
- 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 parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar poliçe kapsamında değildir.
- Nedeni ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopancreatik diversiyon, jejunum-ileostomi, barsak kısaltılması vb.),
- Diş gebelik, mol hidatiform" kapsam dışıdır. Doğum teminatı alınması ve bekleme süresinin dolması halinde kapsam içindedir.

6. BEKLEME SÜRELİ DURUMLAR

Yeni iş olarak düzenlenen poliçelerde aşağıda yazılı hastalıklar ve komplikasyonlarının ilk doktor muayene ücreti dışında ayakta tanı-teşhis, ayakta tedavi, küçük müdahale, cerrahi ve yatarak yapılan tüm teşhis ve tedavileri poliçe başlangıç tarihinden itibaren ayakta tedaviler için 6 ay, yatarak tedaviler için ise 9 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır.

Sigorta poliçesinin yineleme koşullarına göre tekrarlanarak sürdürülmesi ve sigortacı tarafından aşağıda sayılan durumlardan biri için özel istisna konulmaması halinde ayakta ve yatarak tedaviler için belirtilen bekleme süreleri için aylık sigortalılık süresini kesintisiz olarak tamamlayan ve sigortacı tarafından ayrıca bir bekleme süresi konulmuş ise bu bekleme süresini tamamlamış olan sigortalılar için aşağıda sayılan standart bekleme süreleri uygulanmaz ve teminata dahil olur.

- Omuz, kalça ve kalça eklemi, dirsek, ayak bileği eklemine yönelik cerrahi girişimler,
- Diz problemleri (menisküs, tendon, bağlara ait patolojiler ve kondral problemler) karpal ve tarsal tunel sendromları,
- Safra kesesi hastalıkları, üriner sistem taşları, prostat hastalıkları, hidrosel, sistosel-rektosel,
- Tüm fitikler, omurga cerrahisi,
- Geniz eti, nazal polip, ventilasyon tüpü, bademcik ve sinüzit ile ilgili operasyon giderleri,
- Varikosel, her tür varis (Yüzeysel olan varis ile ilgili kapsam dışıdır.), anevrizma,
- Hemoroid, anal fissür-fistül, pilonidal sinüs,
- Benign (iyi huylu) tiroid bezi hastalıkları,
- Her türlü benign kist ve kitle,
- Benign rahim ve yumurtalık hastalıkları,
- Glukom, katarakt, retinal deformiteler / patolojiler,
- Kalp Kapak Hastalıkları,
- Kronik Böbrek Yetmezliği, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH),
- Menopoz ve Osteoporoz ile ilgili tüm giderler,
- Diş gebelik,

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

SARAY MAHALLESİ DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CADDESİ NO:2 AKKOM OFİS PARK 3. BLOK KAT: 2 ÜMRANİYE / İSTANBUL

Çağrı Merkezi: 0850 226 0 123 - Telefon No: 0(216) 999 81 00 - Faks: 0(216) 692 11 22 - E-Posta: info@katilimemeklilik.com.tr - www.katilimemeklilik.com.tr

Mersis No: 0528064104700018, Ticaret Sicil Müd. İstanbul Ticaret Odası (İTO), Ticaret Sicil No: 895027

Katılım Sağlık, bir Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. markasıdır.

7. TAZMİNAT DEĞERLENDİRME VE ÖDEME

Sigorta Ettiren/Sigortalı hastalık ve tedavi hakkında sigortacıyı yeteri kadar aydınlatmak ve yanıltıcı bilgi vermekten kaçınmak zorundadır. Eksik veya yanlış bilgi sonucu sigortacı tarafından anlaşmalı kuruluşa ödeme garantisi verilmiş ya da tazminat ödenmiş olsa dahi gerek tedavi sırasında ve gerekse yapılan tedavinin ileriki aşamalarında söz konusu rahatsızlığın ve tedavinin teminat kapsamında olmadığı tespit edilmesi halinde sigortacı tarafından ödenmiş tazminatın iadesi talep edilebilir.

Anlaşmalı kurumlarda yapılmış giderler dışında anlaşmasız kurumlarda sigortalı tarafından yapılmış ödemeler ile sağlık giderlerini gösterir fatura asıllarının sigortacıya ulaştırılması karşılığında ödenir. Sigorta priminin taksitle ödendiği poliçelerde rizikonun gerçekleşmesi halinde, kalan taksitler muaccel hale gelir ve sigortalıya ödenecek tazminattan mahsup edilir.

Sigortalının rahatsızlığı ve yapılan tetkik ve tedavi işlemleri doktor raporuyla belgelenmelidir. Sigortacı tazminat değerlendirmesi sırasında incelemek amacıyla gerekli gördüğü belgeleri Sigorta ettirenden/sigortalıdan isteyebilir. Sigortacı teminat kapsamında olmayan harcamaları, kabul edilmemiş sebebinin açıklanan yazıyla sigortalıya bildirir.

Sigortalının anlaşmalı kuruluştaki gerçekleşen yatarak ve ayakta teminat kapsamındaki tedavi giderleri poliçede belirtilen limit, ödeme oranı, özel ve genel şartlar çerçevesinde sigortacı tarafından doğrudan anlaşmalı kuruluşa ödenir.

Sigortalının yatarak tedavisi ile ilgili tedavisinin anlaşmalı kurumda anlaşmalı olmayan doktor tarafından yapılmış olması halinde ise sigortacı tarafından hekim ücreti için doğrudan ödeme garantisi verilmez. Bu durumda sigortacı tarafından anlaşmalı olmayan doktor ücreti için sigorta ettiren/sigortalıya ödenebilecek en fazla tutar, yapılan işlemin Türk Tabipler Birliği Asgari Fiyat Tarifesinde yer alan karşılığı kadardır (1 TTB). Tedaviyi yapan doktorun anlaşmalı olması halinde hekim ücreti için poliçede belirtilen limit, ödeme oranı, özel ve genel şartlar çerçevesinde ödeme yapılır.

Uygulanan her türlü sağlık tedavisi sonrasında oluşan faturanızı görmeniz ve kendiniz adına maliyet kontrolünün yapılması, özellikle tüm hastane yatışları sonrasında oluşan hastane çıkışı faturalarının incelenerek imzalanması gerekmektedir.

Sigortalının acil durumlar dışında planlı bir yatışı ve/veya ameliyatı gerektiren durumlar için; yatıştan asgari 48 saat önce durumu ameliyatı gerçekleştirecek doktor tarafından doldurulmuş provizyon onay formunun kurum tarafından şirkete bildirmesinin sağlanması gereklidir. Sigorta şirketi gerekli incelemeyi yaptıktan sonra yatışın ve/veya ameliyat giderlerinin poliçe kapsamında ödenip ödenmeyeceğini geri bildirimde bulunacaktır.

Yatarak tedavi teminat kapsamındaki ödemelerin yapılabilmesi için aşağıdaki belgelerin sigortacıya ve/veya şirkete iletilmesi gereklidir;

- Sigortalı tarafından imzalanmış dökümlü hastane faturaları, yatış nedenini gösterir rapor,
- Cerrahi girişimlerde ayrıntılı ameliyat raporu (parça alınmışsa patoloji sonuç raporu dahil),
- Gerekli görüldüğünde müşahede dosyası, trafik kazası tespit tutanağı, adli rapor, adli tutanak, alkol raporu, sigortalı beyanı,
- Epikriz (çıkış özeti) raporu,
- Gerekli görüldüğünde laparoskopik / artroskopik / endoskopik ameliyat kasetleri,
- Mali Suçları Araştırma Kurumu (MASAK) tarafından yayınlanan Suç Gelirlerinin Aklanmasının ve Terörün Finansmanının Önlenmesine Dair Tedbirler Hakkında yönetmelik (www.masak.gov.tr) gereğince gerekli durumlarda kimlik tespitine ilişkin bilgi ve belgeler. Ayakta tedavi giderlerinin belgelenmesinde de teminat kapsamındaki ödemelerin yapılabilmesi için Sağlık Katılım Sigortası Hasta Bilgi Formu ekinde aşağıdaki belgelerin sigortacıya iletilmesi gereklidir.

Doktor muayenelerinde;

- Doktor ücretini gösterir (Dr. kaşesi ve branşı mutlaka belirtilmelidir) fatura veya serbest meslek makbuzu (Kasa fişleri geçersizdir)
- Muayene sırasında Ultrason yapılmış ise çıktı aslı veya raporu (gerektiğinde tıbbi kayıt)

İlaç Giderlerinde;

- İlgili doktor reçetesi aslı (ve gerektiğinde doktor raporu),
- Kasa fişi veya fatura,
- İlaç ismi ve fiyatlarının bulunduğu ilaç küpür ve barkodları,
- Sürekli kullanılan ilaçlar için doktor raporu,

Tahlil/ Röntgen ve İleri Tanı Yöntemlerinde;

- Doktor istek yazısı / sevk pusulası veya raporu,
- İlgili harcamaları gösterir faturalar,
- İnceleme sonuçları, raporlar, gerektiğinde tıbbi kayıt.

Fizik Tedavilerde;

- Tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, Ultrason vb.),
- Doktor istek yazısı, düzenlediği tedaviyi gösterir detaylı rapor (her seans için gerekli tedavi ve toplam seansın belirtilmesi şarttır).

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

SARAY MAHALLESİ DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CADDESİ NO:2 AKKOM OFİS PARK 3. BLOK KAT: 2 ÜMRANIYE / İSTANBUL

Çağrı Merkezi: 0850 226 0 123 - Telefon No: 0(216) 999 81 00 - Faks: 0(216) 692 11 22 - E-Posta: info@katilimemeklilik.com.tr - www.katilimemeklilik.com.tr

Mersis No: 0528064104700018, Ticaret Sicil Müd. İstanbul Ticaret Odası (İTO), Ticaret Sicil No: 895027

Katılım Sağlık, bir Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. markasıdır.

Yardımcı Tıbbi Malzeme Giderlerinde;

- Doktor reçetesi,
- Gerekğinde doktor raporu ve tetkik sonuçları,

7.1. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler

Yatarak Tedaviler ile Evde Bakım ve Tedavi teminatları kapsamındaki tedaviler sırasında poliçenin Katılım Emeklilik veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, sağlık giderine konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12.00'ye kadar olan bölümü eski poliçe teminatlarından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait sağlık giderleri ise yeni poliçe teminatlarından karşılanacaktır. Ancak yenilenmeyen veya ilgili hastalık için istisna uygulanan poliçede, bu tedaviler ile ilgili teminatın süresi poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

7.2. Rücu ve İstirdat Hakkı

Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel Şartları'na göre ödediği sağlık giderinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

Sigortacı, Sigortalı/ Sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarına veya sigortalı/sigortalılar hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dâhil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı/sigortalılardan talep edebilir. Sigortalı/sigortalıların ve/veya tedaviyi düzenleyen Sağlık Kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. Sigortacı'nın anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sâri şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle Sigortacı'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

7.3. Terör Klozu

Sağlık Sigortası Genel Şartları hükümleri saklı kalmak kaydıyla, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları nedeniyle oluşan Sigortalıya ait yatarak tedaviler kapsamındaki sağlık giderleri, poliçede belirtilen limit, muafiyet ve ödeme yüzdesi ile Yatarak Tedavi Teminatı kapsamındadır. Ayakta tedaviler kapsamındaki sağlık giderleri ise, poliçede belirtilen Ayakta Tedavi Teminatı kapsamı ve limitleri ile poliçe kapsamındadır.

Kloz konusu doğrudan veya dolaylı olayların sonucunda meydana gelse dahi, sigortalıların hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmalarına sebebiyet verecek olan biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle ortaya çıkacak bütün zararlar teminat kapsamı dışındadır.

8. SİGORTANIN YENİLENMESİ

Sigortalı, vadesi dolan sağlık sigortası poliçesini 30 gün içinde yenilemelidir. Poliçe yenilemesinin 30 günü geçmesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalanacak bir müşteri olarak kabul edilir ve risk analizi değerlendirme sonucu katılım payı, muafiyet, üst limit, medikal ek prim uygulanabilir.

Sigortacının poliçe yenileme döneminde, sigortalıya Hasar/Prim oranına göre ek prim uygulaması, hasar prim oranına ve/veya risk kabul kriterlerine göre poliçeyi yenilememe hakkı saklıdır ve bu üründe ÖBYG (Ömür Boyu Yenileme Garantisi) / YG (Yenileme Garantisi/Güvencesi) bulunmamaktadır.

9. SÖZLEŞMEDE YAPILACAK DEĞİŞİKLİK

Sigorta Ettiren tarafından teklif edilen ve sigortacı tarafından da kabul edilerek yapılan değişiklik sonucu teminat kapsamının genişletilmesi halinde seçilen yeni teminat, bu teminatın alınmasından sonra ortaya çıkabilecek teminat kapsamı dahilindeki rahatsızlıklar için geçerli olup, standart bekleme süreleri yeniden başlatılır. Teminat alınmadan risk değerlendirmesi yapılır.

10. KAZANILMIŞ HAKLAR

Kazanılmış hakların korunması; sigortalının aralıksız devam eden ve sigorta bitiş tarihinden itibaren 30 günlük yenileme süresini aşmamış poliçeler için, ilk sigortalanma tarihin (ilk kayıt tarihi) Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'de başlayan poliçesinde korunmasını ve poliçe özel genel şartlarında belirtilen bekleme sürelerinin uygulanmaması ile sigortalının bir önceki poliçesinde var olan şartlı kabullerinin Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. poliçesinde aynı şekilde uygulanacağını ifade eder.

Bu üründe geçiş kabul edilmemektedir. Sigortalının farklı bir şirkette daha önce sahip olduğu farklı bir sağlık katılım sigortası poliçesi ile var olan kazanılmış hakları bu poliçe için geçerli olmayacaktır.

11. PRİMİNİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN/SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL

Sigorta ettiren, sigorta primini peşin veya taksitle ödeme kararlaştırdıktan sonra; peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

SARAY MAHALLESİ DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CADDESİ NO:2 AKKOM OFİS PARK 3. BLOK KAT: 2 ÜMRANIYE / İSTANBUL

Çağrı Merkezi: 0850 226 0 123 - Telefon No: 0(216) 999 81 00 - Faks: 0(216) 692 11 22 - E-Posta: info@katilimemeklilik.com.tr - www.katilimemeklilik.com.tr

Mersis No: 0528064104700018, Ticaret Sicil Müd. İstanbul Ticaret Odası (İTO), Ticaret Sicil No: 895027

Katılım Sağlık, bir Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. markasıdır.

Aynı şekilde sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ödeme planındaki prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde poliçe temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi hâlinde Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır.

İkamet izni başvuruları kapsamında yapılan sağlık sigortası sözleşmelerinin sigortalının talebi ile sonlandırılabilmesi aşağıdaki koşullardan en az birinin bulunmasına bağlıdır:

- İkamet izin süresini kapsayan yeni bir sağlık sigortası sözleşmesinin şirkete ibrazı,
- İkamet izninin iptali veya ikamet izninin uzatılmaması,
- 5510 sayılı Sosyal Sigorta ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince Genel Sağlık Sigortası kapsamına dâhil olduğunu gösterir belge ibrazı,
- İkamet izni başvurusunun reddi veya ikamet izni başvurusundan karar öncesinde vazgeçilmesi.

Bu belgeler olmaksızın veya poliçenin prim borcu nedeniyle iptali durumunda Sigorta Şirketinin İçişleri Bakanlığı Göç İşleri Genel Müdürlüğü'ne bilgi verme hakkı saklıdır.

Sigortalının/sigorta ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren, ikamet izni başvurusunun reddi veya ikamet izni başvurusundan karar öncesinde vazgeçilmesi gerekçesiyle iptal talebinde bulunması halinde ise rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigorta ettirene iade edilir. Rizikonun gerçekleşmesi durumunda ise iptal taleplerinde sigortalının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

İptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, sigortalının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır. Sigorta süresi içerisinde ödenen toplam tazminat tutarı, gün esasına göre hesaplanmış ödenecek poliçe priminin %60'ine eşit veya küçük ise, ödenmiş toplam primden, gün esaslı hesaplanan prim tutarı düşülerek kalan tutar Sigorta Ettiren'e ödenir.

Poliçenin, bu madde gereğince iptali halinde, toplam tazminat tutarının (ödenmiş, ödenecek), gün esaslı hesaplanan ödenecek poliçe primi tutarının %60'ini aşması durumunda, herhangi bir prim iadesi yapılmaz.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen birey çıkışı (eş, çocuk) taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır. Sigorta ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olması ve sigortalıların sigorta ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde, sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda sigorta ettiren değiştirilerek poliçeye devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Sigorta ettirenin sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir poliçede sigorta ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu poliçelerde, sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki sigorta ettirene yapılır.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu poliçelerde, ebeveynlerin boşanması durumunda boşanma tarihi itibarıyla, poliçeden çıkışı talep edilen ebeveynin çıkışı işlemi yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki sigorta ettirene yapılır. Bu durumda poliçede sigorta ettiren değişikliği istenilmesi halinde sigorta ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilir.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu poliçelerde, çocuklardan birinin evlenmesi durumunda evlenme tarihi itibarıyla, poliçeden çıkışı işlemi yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki sigorta ettirene yapılır.

12. TAZMİNATSIZLIK İNDİRİMİ

Tazminat / Prim oranına göre uygulanacak indirim ve ek primler;

Her bir sigortalı için son yılın Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, hastalık sistisna veya sürprim, kullanıma bağlı ek prim, kullanıma bağlı ek indirim uygulanabilir, geçerli anlaşmalı kurum ağı, asgari teminat limitleri dahilinde, asgari ödeme yüzdeleri dahilinde ve yıllık kullanımlarda değişiklik yapabilir.

13. RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME

Katılım Emeklilik, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dâhil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (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, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

14. ACİL DURUMLAR

Aşağıda listesi verilmiş olan durumlar ve hastalıklar acil durum olarak nitelendirilir. Bu durumlarda anlaşmasız kuruluşlarda yapılacak harcamalar, anlaşmalı kuruluşlar için belirlenen ödeme yüzdesi esas alınarak poliçe özel ve genel şartları doğrultusunda değerlendirilecektir.

- Suda boğulma,
- Trafik kazası,
- Terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklanma, kavga vb. (Kendisinin olayın hazırlayıcısı ya da tarafı olmadığı, kazaen maruz kaldığı durumlarda geçerli)
- Tecavüz,
- Yüksekten düşme,
- Ciddi iş kazaları, uzuv kopmaları,
- Elektrik çarpması,
- Donma, soğuk çarpması,
- Isı çarpması,
- Ciddi yanıklar,
- Ciddi göz yaralanmaları,
- Zehirlenmeler,
- Anafilaktik şok,
- Omurga ve alt ekstremitte kırıkları,
- Kalp krizi ve ritim bozuklukları, hipertansiyon krizleri,
- Akut solunum problemleri,
- Şuur kaybına neden olan her türlü organik kusur,
- Ani felçler,
- Ciddi genel durum bozukluğu,
- Yüksek ateş (39,5 üzeri),
- Diabetik ve üremik koma,
- Genel durum bozukluğunun eşlik ettiği dializ hastalığı,
- Akut batın,
- Akut masif kanamalar,
- Menenjit, ensefalit, beyin apsisi,
- Renal kolik,

15. PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

Sigortacı Özel Sağlık Katılım Sigortası fiyatlarını birey bazında, yaş, cinsiyet, sigorta süresi, geçmiş dönem kullanım oranı (sağlık gideri/prim oranı), teminat yapısı, teminat limiti ve sağlık giderlerinin kullanılacağı il, komisyon oranı, enflasyon oranı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Primler gerekli görüldüğü anlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir.

Sigorta ettirenin poliçe primini peşin veya taksitler halinde ödeyebilir. Hangi vade ve tutarlarda ödeyeceği poliçe üzerinde belirtilir ve sigortalı bu ödeme planı doğrultusunda prim ödemelerini yapar.

Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının yıl-yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır.

16. YASALARDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

Bu Sigorta Sözleşmesi Türkiye Cumhuriyeti'nin ilgili mevzuatlarına tabi olacaktır.

17. VERGİLER

Sigorta Sözleşmesi'nde belirtilen bütün resmi damga, pul ve harçlar ile vergiler sigorta ettirene aittir.

18. PARA BİRİMİ

Sigortacıya ya da sigorta ettirene yapılacak tüm ödemelerde Türk Lirası kullanılacaktır.

19. TANIMLAR

Sigortacı: Sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında sigorta ettiren /sigortalıya rizikonun gerçekleşmesi hâlinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur.

Sigortalı/Katılımcı: Sağlık giderleri katılım sigortası sözleşmesi ile teminat altına alınan poliçede ismi yazılı kişi/ kişilerdir.

Sigorta Ettiren: Sigortacı ile sigorta sözleşmesine taraf olan ve sigorta primlerinin ödenmesi dâhil sigortadan doğan yükümlülükleri üstlenmiş gerçek veya tüzel kişidir.

Poliçe: Sigortalanan kişi veya kişilere ait belirleyici bilgileri, sigortalının başlangıç ve bitiş tarihlerini, ödenecek prim ve teminat tutarlarını içeren, sigortacı ile sigorta ettiren arasında yapılan sigorta sözleşmesinin yazılı belgesidir/evrakıdır.

Plan/Ürün: Poliçenin teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösteren poliçe üzerindeki bilgidir.

Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi: Poliçede ismi geçen sigorta ettiren ve sigortalılara ait, ev ve/veya iş adresleri, ev, iş ve/veya cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder.

Özel Şartlar: Poliçeye ait ve ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde belirtilen hükümlerin sigorta ettiren / sigortalı aleyhine hükümler içermeyen, sigortacı tarafından hazırlanmış ürüne özel kuralları ve şartları içeren kitapçıktır.

Sağlık Sigortası Genel Şartları ("Genel Şartlar"): Sağlık Sigortası Genel Şartları: Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalılarında kullanılan yazılı kurallardır. Genel Şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır.

Müşteri Hizmetleri: Sigortalıların her türlü soru, istek, öneri ve şikayetlerini aktarabildikleri ve ambulans, gibi çeşitli hizmetler alabildikleri **0850 226 01 23** numaralı telefon hattıdır.

Hastalık: Sigortalının, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir doktor tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur.

Rahatsızlık: Bir kişinin doktora başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

Mevcut Hastalık/Rahatsızlık: Sigortalıya sigorta başlangıç tarihinde var olan rahatsızlık/hastalıktır. Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı ve gelişim süreci, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlık ve bunlara bağlı olarak gelişen nöks ile komplikasyonlardır.

İstisna: Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/rahatsızlıkların) Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucunda poliçe kapsamı dışında bırakılmasıdır.

Sağlık Kurumu: T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel işletmeler veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, doktor muayenehaneleri gibi kurumlardır.

a) Anlaşmalı Sağlık Kurumu: ŞİRKET ile özel anlaşması bulunan ve Şirket'in sözleşme yaptığı sigorta şirketi sigortalılarına bu anlaşma çerçevesinde sağlık hizmeti sunan kurumlardır.

Anlaşmalı kuruluşların isimleri, sigortacı tarafından sigortalıya poliçe ekinde verilen Anlaşmalı Kurum Kitapçığı ve **KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş.**'ye ait www.katilimemeklilik.com adresli web sayfasında güncel hali ile sunulmaktadır. Sigorta şirketinin Anlaşmalı Kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

b) Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı ("Network"): Network, sigorta ettiren tarafından tercih edilmesi sebebiyle poliçede yer verilen anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

c) Anlaşma Harici Sağlık Kurumu: Şirket ile özel anlaşması bulunmayan ve anlaşmalı kurum listesinde yer almayan sağlık kurumlarıdır.

Tazminat: Sağlık giderlerinin, ilgili sağlık poliçesi, Poliçe Özel ve Genel Şartları dâhilinde, Sigortacı tarafından onaylanan ve/veya ödenen tutarıdır.

Provizyon: Poliçede tercih edilmiş network'te yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavilerin karşılanıp karşılanmayacağını gösterir, Sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur. Bu değerlendirme, sağlık giderini gerçekleştirdiği/gerçekleşeceği tarihte yürürlükte sağlık poliçesi olması şartıyla geçerlidir.

Tazminat talebi sırasında verilen provizyon son onay olmamakla beraber, Sigortacı tahakkuk aşamasında değerlendirme yaparak gerek teminat gerekse ödeme bakımından farklı bir şekilde karar verebilir. İleriye yönelik alınacak olan provizyonlarda Poliçe Özel ve Genel Şartları'nda yer alan hakların kullanılabilmesi için tahakkuk tarihi esas alınır.

Tahakkuk: Sigortacı'nın gelen tazminat talebini, önceden provizyon alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, poliçe teminat ve limitleri, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirerek, sağlık kurumlarına ve/veya sigortalı/ sigortalılara ödeme yapılıp yapılmayacağı; yapılacaksa ödenecek tutara karar verme aşamasıdır.

Doğrudan Ödeme: Poliçede tercih edilen network'te gerçekleşen sağlık giderleri için, provizyon alınarak, poliçe şartlarında katılım payı olması durumunda sigortalının sadece bu katılımları ödeyerek hizmet almasıdır. Poliçe Özel ve Genel Şartları dâhilinde, Sigortacı'nın sorumluluğunda olan kısım sigortalı adına ilgili kuruma ödenir.

Sonradan Ödeme: Provizyon alınmaksızın sağlık giderinin sigortalı tarafından önce sağlık kurumuna daha sonra sağlık giderine ait fatura, "Tedavi Masrafları Talep Formu" ve Özel Şartların "Tazminat Ödemesi" maddesinde belirtilen gerekli belgeleri Sigortacı'ya ileterek, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirme yapıldıktan sonra belirlenen tutarın sigortalının hesabına ödenmesidir.

Tedavi Masrafları Talep Formu: Sigortalı tarafından provizyon alınmaksızın yapılan sağlık gideri ödemelerinin sonradan ödeme kapsamında değerlendirilebilmesi için, tedaviye ilişkin yapılan ödemeye ait fatura bilgilerinin sigortalı tarafından doldurularak Sigortacı'ya iletilmesi gereken formdur.

Teminat: Sigortacı'nın riskin gerçekleşmesi halinde, sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği güvencedir.

Limit: Sigortacı'nın Sigorta Poliçesi'nin şartları içerisinde istisna, bekleme süresi, hastalık limiti ve muafiyet dışında üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamını ifade eder. Sigortalı'nın belirtilen teminatından, sigorta poliçesi dönemi süresince kullanabileceği azami gider toplamıdır.

Ödeme Yüzdesi: Poliçede her bir teminat için belirtilen ve Sigortacı'nın ödemekle sorumlu olduğu oranı ifade eder.

Katılım Payı: Poliçede her bir teminat için belirtilen ödeme yüzdesinden artakalan kısmın sigortalı tarafından üstlenildiği oranı ifade eder.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

SARAY MAHALLESİ DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CADDESİ NO:2 AKKOM OFİS PARK 3. BLOK KAT: 2 ÜMRANİYE / İSTANBUL

Çağrı Merkezi: 0850 226 0 123 - Telefon No: 0(216) 999 81 00 - Faks: 0(216) 692 11 22 - E-Posta: info@katilimemeklilik.com.tr - www.katilimemeklilik.com.tr

Mersis No: 0528064104700018, Ticaret Sicil Müd. İstanbul Ticaret Odası (İTO), Ticaret Sicil No: 895027

Katılım Sağlık, bir Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. markasıdır.

PRİM

- a) Sağlık Tarife Primi:** Sigortalının teminatları, ödeme yüzdesi, network'ü, ikamet ili, yaşı, cinsiyeti gibi risk profili kriterleri dikkate alınarak belirlenen sağlık baz primini ifade eder.
- b) Sağlık Primi:** Sağlık tarife primi üzerine her bir sigortalı için varsa hastalık ek priminin ilave edilmesi ile oluşan prim tutarıdır.
- c) Sağlık Net Primi:** Sağlık primi üzerine, poliçe özel şartlarına istinaden hak edilen indirimler ile varsa dönemin kampanya indirimleri uygulandıktan sonra oluşan prim tutarıdır.
- d) Toplam Poliçe Primi:** Sağlık net primi üzerine varsa Ferdi Kaza ve/veya Hayat Teminatlarına ilişkin primlerin ve vergi tutarının (SMV) eklenmesi sonucu oluşan prim tutarıdır. Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu, sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

Zeyilname: Poliçe yürürlüğe girdikten sonra yapılan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen son durumu gösterir sigorta sözleşmesidir.

Sigorta Başlangıç Tarihi: Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların ilk kez veya varsa müteakip kez yinelenmesinde yürürlüğe girdiği tarihtir. Poliçe belirtilen tarihte Türkiye saati ile öğlen 12.00'da yürürlüğe girer.

Sigorta Bitiş Tarihi: Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların sona erdiği tarihtir. Poliçe belirtilen tarihte Türkiye saati ile öğlen 12.00'da sona erer.

Poliçe Tanzim Tarihi: Sigortalının doldurmuş olduğu başvuru / yenileme formu doğrultusunda poliçenin düzenlendiği tarihtir.

Terör: 3713 numaralı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtildiği üzere; cebir ve şiddet kullanılarak; baskı, korkutma, yıldırma, sindirme veya tehdit yöntemlerinden biriyle, anayasada belirtilen cumhuriyetin niteliklerini, siyasi, hukuki, sosyal, laik, ekonomik düzeni değiştirmek, devletin ülkesi ve milletiyle bölünmez bütünlüğünü bozmak, Türk Devleti'nin ve cumhuriyetin varlığını tehlikeye düşürmek, devlet otoritesini zaafa uğratmak veya yıkmak veya ele geçirmek, temel hak ve hürriyetleri yok etmek, devletin iç ve dış güvenliğini, kamu düzenini veya genel sağlığı bozmak amacıyla bir örgüte mensup kişi veya kişiler tarafından girişilecek her türlü suç teşkil eden eylemlerdir.

Bekleme Süresi: Sigortalının sağlık giderlerinin ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

Komplikasyon: Bir hastalığın seyri, tedavisi sırasında veya sonrasında bu hastalıkla bağlantılı olarak oluşan sağlık durumudur.

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

Kronik Hastalık: Tamamen geçmesi mümkün olmayan süregelen ya da uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hastalıklardır.

Muaccel Olmak: Primin ve/veya tazminatın talep edilebilir hâle gelmiş olması.

Muafiyet: Sağlık giderlerinde sigortacı tarafından karşılanmayacak olan sigortalının ödemeyi üstlendiği kısımdır. Muafiyet bir tutar, teminatın başlama süresi ve/veya teminat yüzdesi ve/veya tutarı olabilir.

Risk/Riziko: Sağlık katılım sigortaları için risk, hastalık ve kazalar ile bunların ortaya çıkma ihtimalini artıran fiziksel durumlar, alışkanlıklar vb. koşullardır.

Rücu: Sigortacının ödediği tedavi masraflarını, halefiyet uyarınca tedavi masraflarının oluşmasında sorumluluğu bulunan üçüncü şahıslardan talep etme hakkıdır.

Bilgilendirme Formu: Sigortalı adayına ait bilgileri ve seçilen teminat limitini, sağlık beyanını, prim ödeme planını içeren ve gerek sözleşmenin müzakeresi gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin devamı sırasında ortaya çıkabilecek ve sözleşmenin işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen sigortacı tarafından verilen bilgileri içeren ve sigorta ettiren/sigortalı tarafından imzalanması gereken forma Başvuru ve Bilgilendirme Formu denir. Bu form, sigortacı için bir teklif niteliğindedir. Bu formun doldurulması sözleşme ilişkisinin başladığı anlamına gelmemekte olup, sigortacının değerlendirmesi sonucu kabulü hâlinde primin (veya peşinatın) tahsili ile poliçe tanzim edilir.

Şirket: Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarıyla sözleşme yapan ve yaptığı sözleşme karşılığında; kendisiyle sözleşme imzalamış Sigorta Şirketleri'nin sigortalılarına almış oldukları ürün içerikleri doğrultusunda Anlaşmalı Kurumlar'dan sağlık hizmeti almalarını sağlayan firmadır.

SAGMER: Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 16.12.2003 tarih ve 25318 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Trafik Sigortası Bilgi Merkezi Yönetmeliği ile "TRAMER" adıyla kurulmuştur. 9 Ağustos 2008 tarihinde 26962 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan yönetmelikle adı Sigorta Bilgi Merkezi kabul edilmiş, 03.11.2011 tarih ve 28131 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan yönetmelik değişikliği ile ise unvanı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi olarak değiştirilmiştir. SBM (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi), Türkiye Sigorta Birliği bünyesinde tüzel kişiliği haiz bir kurum olarak kurulmuş olup Hayat, Hastalık/Sağlık, Zorunlu Trafik, Yeşil Kart, Zorunlu Karayolu Taşımacılık Mali Sorumluluk, Otobüs Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza, Motorlu Kara Taşıtları-Kasko, Tıbbi Kötü Uygulama Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası, Tehlikeli Maddeler ve Tüpgaz Zorunlu Sorumluluk Sigortası, Mesleki Sorumluluk Sigorta'larına ilişkin verilen tek merkezde toplanarak, sigortacılık faaliyetlerinin daha kapsamlı ve etkin şekilde yürütülmesi, sektör genelinde uygulama birliğinin sağlanması, sağlıklı fiyatlandırma yapılabilmesi, suistimalleri önlenmesi, güvenilir istatistiklerin oluşturulması, sigorta sistemine olan güvenin artırılması ve kamu gözetim denetiminin etkinleştirilmesi hedeflenmektedir.

Kaza: Ani ve dışarıdan gelen bir olay nedeniyle sigortalının iradesi dışında fiziksel bir etki altında kalmasıdır.

Türk Tabipler Birliği (TTB) Asgari Ücret Tarifesi: Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi'nin sağlık hizmetlerinde uygulanması gereken asgari hekimlik ücretlerine yönelik yayınladığı ve güncellediği tarifedir. Ücretlendirme; tarifede belirtilen işlemlere ait birimlerin, ilgili il hizmet katsayı ile çarpımına KDV eklenerek hesaplanmaktadır.

Beyan Yükümlülüğü: Sigorta ettiren/Sigortalının, sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında, sigortalı adaylarının mevcut tüm rahatsızlıklarını veya rizikonun takdirine etkili olacak hususları, eksiksiz ve yazılı bildirmesi gerekliliğidir.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

SARAY MAHALLESİ DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CADDESİ NO:2 AKKOM OFİS PARK 3. BLOK KAT: 2 ÜMRANIYE / İSTANBUL

Çağrı Merkezi: 0850 226 0 123 - Telefon No: 0(216) 999 81 00 - Faks: 0(216) 692 11 22 - E-Posta: info@katilimemeklilik.com.tr - www.katilimemeklilik.com.tr

Mersis No: 0528064104700018, Ticaret Sicil Müd. İstanbul Ticaret Odası (İTO), Ticaret Sicil No: 895027

Katılım Sağlık, bir Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. markasıdır.

Vergi İndirimi: 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 1 Ocak 1986 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 3239 sayılı kanun ile değişen 63. ve 89. maddeleri gereğince; mükellefin şahsı, eşi ve küçük çocukları için ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Katılım Sigortası primleri vergi indirimi kapsamındadır. Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırları tanımlayan söz konusu maddeler, 29 Haziran 2012 tarih ve 28338 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6327 sayılı kanun ile değiştirilerek 1 Ocak 2013 tarihinden sonra geçerli olmak üzere yeni düzenlemeler getirilmiştir. Bordro ile ücret alan mükellefin ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Katılım Sigortası primi, priminin ödendiği ayda elde edilen brüt kazancın %15'ini ve asgari ücretin aylık tutarını aşmamak şartıyla gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Gelir vergisi beyannamesine tabi mükellefin ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Katılım Sigortası primi, (prim gelirin elde edildiği yılda ödenmiş olması ve ücret geliri elde edenlerin ücretlerinin safi tutarının hesaplanması sırasında ayrıca indirilmemiş bulunması şartıyla) beyan edilen yıllık gelirin %15'ini ve asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacak şekilde gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Söz konusu kanundan yararlanabilmek için;

- Bordro ile ücret alıyor iseniz, çalıştığınız işyerinde Muhasebe Servisine Sağlık ve Ferdi Kaza Katılım Sigortası makbuzunu vermeniz,
- Serbest çalışıyor iseniz, Sağlık ve Ferdi Kaza Katılım Sigortası makbuzundaki prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtmeniz yeterlidir. (Prim ödeyenin adı / soyadı, ödemenin ait olduğu dönem, ödenen prim, ödeme yapılan sigorta şirketinin unvanı ve ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu, otomatik para çekme makinası makbuzu ve kredi kartı ekstrelere makbuz yerine geçmektedir.)

Sigortalının bu sigortayı yaptırabilmesi için 15 gün- 69 yaş (dâhil) aralığında olması, Türkiye'de mukim olması gereklidir. 70 ilâ 75 yaş (dahil) arasındaki sigortalılar %50 ilave primle (sürprim), 76 ilâ 85 yaş (dahil) %150 ilave primle (sürprim) sigortaya dahil olabilirler. Ancak 69 yaş ve üstü kişilerin tıbbî masrafları, poliçe önyüzünde belirtilse dahi, sigorta teminatı kapsamı dışındadır. Reşit olmayan çocuklar (18 yaşın altındaki kişiler), ancak velilerinin yazılı muvafakatinin sigorta şirketine tevsiki halinde sigortalanabilirler.