

İÇİNDEKİLER

BİREYSEL TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI	1
1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	1
2. COĞRAFİ KAPSAM	1
3. TANIMLAR	1
3.1. Sigortacı	1
3.2. Sigortalı/Katılımcı	1
3.3. Sigorta Ettiren	1
3.4. Poliçe	1
3.5. Plan/Ürün Etiket	1
3.6. Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi	1
3.7. Özel Şartlar	1
3.8. Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar)	1
3.9. Müşteri Hizmetleri	1
3.10. Bireysel Sağlık Sigortası	1
3.11. Hastalık	1
3.12. Rahatsızlık	2
3.13. Mevcut Hastalık/Rahatsızlık	2
3.14. İstisna	2
3.15. Genel Sağlık Sigortası (GSS)	2
3.16. SGK Katılım Payı	2
3.17. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)	2
3.18. İlave Ücretler	2
3.19. Sağlık Kurumu	2
3.20. Tazminat	2
3.21. Tedavi Masrafları Talep Formu	3
3.22. Teminat	3
3.23. Limit	3
3.24. Ödeme Yüzdeki	3
3.25. Katılım Payı	3
3.26. Prim	3
3.27. Hastalık Ek Primi	3
3.28. Zeyilname	3
3.29. Sigorta Başlangıç Tarihi	3
3.30. Sigorta Bitiş Tarihi	3
3.31. Poliçe Tanzim Tarihi	3
3.32. Triyaj Uygulaması	3
3.33. Terör	4
3.34. Bekleme Süresi	4
3.35. Komplikasyon	4
3.36. Konjenital Hastalık	4
3.37. Kronik Hastalık	4
3.38. Muaccel Olmak	4
3.39. Muafiyet	4
3.40. Risk/Riziko	4
3.41. Rücu	4
3.42. Bilgilendirme Formu	4
3.43. Şirket	4
3.44. Sağmer	4
3.45. Azami İyi Niyet Prensibi	4
4. TEMİNATLAR	4
4.1. Yatarak Tedavi Teminatları	5
4.2. Ayakta Tedavi Teminatları	6
4.3. Doğum Teminatı	7
4.4. Ambulans Hizmetleri	7
4.5. Ek Teminatlar	7
5. BEKLEME SÜRELERİ	8
6. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER	8
7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI	10
7.1.1. Limit ve Katılım Payı Uygulaması	10
8. TAZMİNAT ÖDEMESİ	10
8.1. Tazminat Talibine İlişkin Düzenlemeler	10
8.2. Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi	10
8.3. Uygulanan Hatalı Tedavi	10
8.4. Sigortalının Doktora Muayene Ettirilmesi ve İnceleme Yapılması	10
8.5. Yatışlı Tedavi Öncesi Ön Onay Alınması	10
9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	11
9.1. Poliçenin Yenilenmesi	11
9.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi	11
9.3. Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçişlerdeki Uygulamalar	12
10. PRİM TESPİTİ	13
11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	13
12. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	14
13. EKLER	15

BİREYSEL TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bu sigorta, sigortalının KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş. (Katılım Emeklilik) 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 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 müstehaklığını kaybeden sigortalılar, poliçelerini aksi bir talep olmadıkça devam ettirebilir. Ancak sigortalı poliçe teminatlarından faydalanamaz. SGK müstehaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatı kullanılır hale gelir.

Katılım Emeklilik, sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içerisinde,

- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve buna ilişkin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında, sigortalının bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarında alınan sağlık hizmetleriyle ilgili ilave ücret tutarlarını,
- Sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinde kalan tutarlarını,
- Otelcilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarları ve işbu özel şartlarla sınırlı olmak koşuluyla SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedellerini,

Sağlık Sigortası Genel Şartları "Genel Şartlar", Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği "Yönetmelik" ve işbu özel şartlara "Özel Şartlar" uygun olarak teminat altına alır.

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

2. COĞRAFİ KAPSAM

Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş. anlaşmalı kurumlarında, poliçe özel şart ve limitleri dahilinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri (KKTC dahil) poliçe teminat kapsamında değildir.

3. TANIMLAR

3.1 SİGORTACI

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

3.2 SİGORTALI/KATILIMCI

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

3.3 SİGORTA ETTİREN

Sigortacı ile sigorta sözleşmesine taraf olan ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigortadan doğan yükümlülükleri üstlenmiş gerçek veya tüzel kişidir.

3.4 POLİÇE

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.

3.5 PLAN/ÜRÜN ETİKETİ

Poliçenin teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki bilgidir.

3.6 SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI İLETİŞİM BİLGİSİ

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.

3.7 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.

3.8 SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI (GENEL ŞARTLAR)

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

3.9 MÜŞTERİ HİZMETLERİ

Sigortalıların her türlü soru, istek, öneri ve şikayetleri için çeşitli hizmetler alabildikleri 0850 226 01 23 numaralı telefon hattıdır.

3.10 BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI

Bireyin tek başına veya anne, baba, evlenmemiş çocuklardan (evlat edinilen çocuklar dahil) oluşan çekirdek ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

3.11 HASTALIK

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

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

İNKILAP MAH. DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CAD. KELİF PLAZA 3. BLOK NO: 2 İÇ KAPI NO: 3 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.

3.12 RAHATSIZLIK

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

3.13 MEVCUT HASTALIK/RAHATSIZLIK

Sigortalanma öncesinde 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.

3.14 İSTİSNA

Police başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/rahatsızlıkların) sigortacının değerlendirmesi sonucunda police kapsamı dışında bırakılmasıdır.

3.15 GENEL SAĞLIK SİGORTASI (GSS)

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

3.16 SGK KATILIM PAYI

5510 Sayılı kanun çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işlemlerinde ödenecek tutarı ifade eder.

3.17 SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (SUT)

5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 Sayılı Kanun ve "Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği" hükümleri çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yayımlanan Sağlıkta Uygulama Tebliği (SUT). 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişilerin, SGK finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen kurumca ödenecek bedellerin bildirildiği Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'ni ifade eder.

3.18 İLAVE ÜCRETLER

İlave ücret 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 73. maddesinin ikinci fıkrasında düzenlenmiştir. İlave ücretin alınmasına ilişkin hususlar ise Sağlık Uygulama Tebliği'nin 3.3. numaralı maddesinde açıklanmıştır. Buna göre; kurumla sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden istenen fark ücretlerdir.

3.19 SAĞLIK 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 muayenahaneleri gibi kurumlardır.

3.19.1 ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU

Şirket 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 police 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.

3.19.2 ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI AĞI (NETWORK)

Network, sigorta ettiren tarafından tercih edilmesi sebebiyle police'de yer verilen anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

3.19.3 ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU

Şirket ile özel anlaşması bulunmayan ve anlaşmalı kurum listesinde yer almayan sağlık kurumlarıdır.

3.20 TAZMİNAT

Sağlık giderlerinin, ilgili sağlık poliçesi, Police Özel ve Genel Şartları dahilinde, sigortacı tarafından onaylanan ve/veya ödenen tutarıdır.

3.20.1 PROVİZYON

Police'de 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 Police Özel ve Genel Şartları'nda yer alan hakların kullanılabilmesi için tahakkuk tarihi esas alınır.

3.20.2 TAHAKKUK

Sigortacının gelen tazminat talebini, önceden provizyon alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, police teminat ve limitleri, Police Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirerek, sağlık kurumlarına ve/veya sigortalı/sigortalılara ödeme yapılıp yapılmayacağı, yapılacaksa ödenecek tutara karar verme aşamasıdır.

3.20.3 DOĞRUDAN ÖDEME

Police'de tercih edilen network'te gerçekleşen sağlık giderleri için, provizyon alınarak, police şartlarında katılım payı olması durumunda sigortalının sadece bu katılımları ödeyerek hizmet almasıdır. Police Özel ve Genel Şartları dahilinde, sigortacının sorumluluğunda olan kısım sigortalı adına ilgili kuruma ödenir.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

İNKILAP MAH. DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CAD. KELİF PLAZA 3. BLOK NO: 2 İÇ KAPI NO: 3 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.

3.20.4 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 sigortacıya ileterek, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirme yapıldıktan sonra belirlenen tutarın sigortalının hesabına ödenmesidir.

3.21 TEDAVİ MASRAFLARI 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 sigortacıya iletilmesi gereken formdur.

3.22 TEMİNAT

Sigortacının riskin gerçekleşmesi halinde, sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği güvencedir.

3.23 LİMİT

Sigortacının Sigorta Poliçesi'nin şartları içerisinde istisna, bekleme süresi, hastalık limiti ve muafiyet dışında üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamını ifade eder. Sigortalının belirtilen teminatından, Sigorta Poliçesi dönemi süresince kullanabileceği azami gider toplamıdır.

3.24 ÖDEME YÜZDESİ

Poliçede her bir teminat için belirtilen ve sigortacının ödemekle sorumlu olduğu oranı ifade eder.

3.25 KATILIM PAYI

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

3.26 PRİM

3.26.1 SAĞLIK TARİFE PRİMİ

Sigortalının teminatları, ödeme yüzdesi, network'ü, ikamet ili, yaşı, cinsiyeti gibi risk profili kriterleri dikkate alınarak belirlenen sağlık baz primini ifade eder.

3.26.2 SAĞLIK PRİMİ

Sağlık Tarife Primi üzerine her bir sigortalı için varsa hastalık ek priminin ilave edilmesi ile oluşan prim tutarıdır.

3.26.3 SAĞLIK NET PRİMİ

Sağlık Primi üzerine, poliçe özel şartlarına istinaden hak edilen indirimler ile varsa dönemin kampanya indirimleri uygulandıktan sonra oluşan prim tutarıdır.

3.26.4 TOPLAM POLİÇE PRİMİ

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.

3.27 HASTALIK EK PRİMİ

Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, sigortacının değerlendirmesi sonucunda, "Sağlık Tarife Primi"ne belli bir oranda ek prim uygulanarak, poliçe kapsamına alınmasıdır.

3.28 ZEYİLNAME

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

3.29 SİGORTA BAŞLANGIÇ TARİHİ

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

3.30 SİGORTA BİTİŞ TARİHİ

Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların sona erdiği tarihtir. Poliçe belirtilen tarihte Türkiye saatiyle öğlen 12.00'de sona erer.

3.31 POLİÇE TANZİM TARİHİ

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

3.32 TRIYAJ UYGULAMASI

Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikayetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini ifade eder. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

3.32.1 YEŞİL ALAN

Ayaktan başvuran, genel durumu itibarıyla stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır.

3.32.2 SARI ALAN

Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlarıdır.

3.32.3 KIRMIZI ALAN

Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içinde değerlendirilip tedavi edilmesi gereken durumlardır.

3.33 TERÖR

3713 numaralı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtildiği üzere; cebir ve şiddet kullanarak; 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.

3.34 BEKLEME SÜRESİ

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

3.35 KOMPLİKASYON

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

3.36 KONJENİTAL HASTALIK

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

3.37 KRONİK HASTALIK

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

3.38 MUACCEL OLMAK

Primin ve/veya tazminatın talep edilebilir hale gelmiş olması.

3.39 MUAFİYET

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

3.40 RİSK/RİZİKO

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

3.41 RÜCÜ

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

3.42 BİLGİLENDİRME 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 halinde primin (veya peşinatın) tahsili ile poliçe tanzim edilir.

3.43 ŞİRKET

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.

3.44 SAGMER

Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 16.12.2003 tarih ve 25318 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Trafik Sigortası Bilgi Merkezi Yönetmeliği ile "TRAMER" adıyla kurulmuştur. 9 Ağustos 2008 tarihinde 26962 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan yönetmelikle adı Sigorta Bilgi Merkezi kabul edilmiş, 03.11.2011 tarih ve 28131 sayılı Resmi 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.

3.45 AZAMI İYİ NİYET PRENSİBİ

Sigorta sözleşmesindeki taraflardan her birinin, diğerine sözleşmeyi kabul edip etmemesinde etkili olabilecek bütün bilgileri, talep edilmemiş olsalar dahi vermesini gerektir. Sigorta sözleşmesinde sigortalının beyanı esastır.

4. 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.

İşbu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumlar üzerinde Şirket'in değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır.

4.1 YATARAK TEDAVİ TEMİNATLARI

Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapılncaya kadar uygulanan ameliyatlı 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 gerçekleştirilmiş 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.

4.1.1 AMELİYAT

Tedavinin ameliyat gerektirmesi durumunda; ameliyat öncesi anestezi doktorunun istemiş olduğu rutin pre-op tetkikler (HIV testleri ve Hepatit markerleri dahil), ameliyathane kirası, operatör, anestezi uzmanı ve asistan doktor ücretleri, anestezi ilaç ve sarf malzemeleri, ICD, koroner anjiyografi ve PTCA (Percutane Transluminal Coronary Angioplasty) işlemlerine ilişkin giderler, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigortalının, acil tıbbi durumlar haricinde, planlanmış ameliyatlara ilişkin ameliyatı yapacak olan doktor tarafından doldurulacak Özel Sağlık Sigortası Bilgi Formunu, kırk sekiz (48) saat öncesinden sigortacıya göndermesi gerekmektedir.

4.1.2 AMELİYAT MALZEME TEMİNATI

Tedavinin ameliyat gerektirmesi durumunda; vücut içi pompalar, kalp pili, kalp kapakçığı ve operasyon sırasında kullanılan özellikli malzemeler vb. ile ameliyatla ilgili malzeme teminatıdır.

4.1.3 HASTANEDE TEDAVİ

Ameliyat gerektirmeyen ve tedavinin sağlık kurumunda en az yirmi dört (24) saat yatış (normal oda ya da yoğun bakım) gerektirmesi durumunda ilgili tüm sağlık giderleri ile yirmi dört (24) saat yatış gerektirmese dahi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanan acil tıbbi durumlara ilişkin tüm sağlık giderleri, yeni doğan bebeğin fizyolojik sarılık tedavisi ve fototerapi ile ilgili giderleri, yirmi dört (24) saatten kısa süre bile Böbrek Taşı Kırma (ESWL) ile giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

4.1.4 SUNİ UZUV GİDERLERİ

Sigortalılık süresi içinde meydana gelen kaza veya hastalık sonucu gerekli olacak cerrahi giderler yatarak tedavi teminatı kapsamında, (suni el, kol, bacak, meme, göz vb.) protez giderleri ile rekonstrüktif amaçlı giderler suni uzuv teminatı limiti kapsamında değerlendirilir. İlk sigorta başlangıç tarihinden önce var olan maluliyetler için kullanılacak suni uzuvlar ve var olan suni uzuvların yenilenmesine ilişkin giderler poliçe kapsamı dışındadır.

4.1.5 KEMOTERAPİ-RADYOTERAPİ-DİYALİZ

Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz ile ilgili tüm giderler, (doktor, oda-yemek-refakatçi, ilaç, venöz port açılması, tedavinin hemen öncesinde yapılan kontrol testleri vb.) bu teminat kapsamında değerlendirilir.

4.1.6 KÜÇÜK MÜDAHALE

Cerrahi ortopedik müdahaleler (tüm cilt kesikleri için yapılan girişimler, kırık ve çıkıklara yapılan müdahaleler, alçı veya atel uygulama, yabancı cisim çıkarılması, tam lezyon çıkarılması ile (eksizyonel) yapılan biyopsi işlemleri vb.) ayakta ya da yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Küçük Müdahale Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme, ilaç ve müdahaleyi yapan doktor ücreti bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Müdahale öncesi/sonrası yapılan doktor muayeneleri ve tetkik giderleri ilgili ayakta tedavi teminatı kapsamında değerlendirilir.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon vb.) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, yapılan işlemin TTB-HUV'deki birimi ve yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamında değerlendirilir.

UVA tedavisine (Ultraviole ışınıyla deri hastalıklarının tedavisi) ilişkin giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir. Aynı seansta yapılan, birden fazla müdahalelerin TTB-HUV birim toplamı 149 ve daha yukarıda olsa bile, eğer içlerinde tek başına birimi 149 ve daha yukarıda olan bir müdahale yok ise bu teminat kapsamında değerlendirilir.

4.1.7 ODA-YEMEK, YOĞUN BAKIM TEMİNATI

Hastanede yatılan her tam gün için tek kişilik oda-yemek, yoğun bakım hizmetleri ve hemşirelik hizmetlerine ait giderler ile teşhis ve tedaviye yönelik tüm hizmetler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

İNKILAP MAH. DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CAD. KELİF PLAZA 3. BLOK NO: 2 İÇ KAPI NO: 3 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.

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

4.1.8 REFAKATÇİ TEMİNATI

Yaş sınırı olmaksızın sigortalının onay verdiği hallerde, refakatçinin yatak ve yemek giderleri, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

4.1.9 ACİL ULAŞIM

Tanımlar kısmında yapılan "Acil Durum" tanımına uyan hallerde sigortalının, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna nakli için yapılan giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Teminat Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir.

4.1.10 REHABİLİTASYON VE AMELİYAT SONRASI FİZİK TEDAVİ TEMİNATI

Teminat Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir.

Rehabilitasyon: Sigortalının yatarak tedavi teminatı kapsamında gerçekleşmiş tedavisi ile ilgili rehabilitasyon giderleri, hastaneden taburcu olduğu tarihten itibaren otuz (30) gün içerisinde başvurulması kaydıyla nörolojik rehabilitasyon (serebral veya spinal travma, serebrovasküler olaylar, hemiplejiler, nörojenik mesane, nörolojik hastalıklar sonrası ortaya çıkan spastisite, doğuştan olmayan nörolojik kas hastalıkları, spinal müsküler atrofiler, miyopatiler, müsküler distrofiler) bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi: Geçirilmiş ameliyatlar sonrasında gereken ortopedik rehabilitasyon (travma ve ortopedik ameliyatlar sonrasında rehabilitasyon, implante edilen protezlerin kullanımı, kontarktörlerin açılması) bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir. Her iki durumda da gereken tedavi teminat tablosunda belirtilen limit ve oranlar dahilinde geçerlidir.

4.1.11 TRAFİK KAZASI SONUCU DIŞ TEDAVİSİ

Kaza zaptı ve doktor raporu ile belgelenmek kaydıyla, sigorta süresi içinde gerçekleşmiş trafik kazası sonucu zedelenmiş dişlerin eski hallerini alması için, diş hekimlerince yapılan diş ve çeneye uygulanan her türlü tıbbi ve cerrahi müdahale ile diş protezlerine ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Teminat Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir.

4.1.12 EVDE BAKIM

Sigortalının sağlık kuruluşundaki yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için kendi evinde sadece tıbbi personel tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin giderleri ifade eder. Poliçe yılı içerisinde en fazla sekiz (8) haftaya kadar ödenir.

Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için sigortalının veya sigortalıyı tedavi eden doktorun, sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir sağlık personeli eşliğinde evde sürdürülmesi gerektiğini bir raporla sigortacıya bildirmesi, hizmetin hastaneye yatış nedeniyle ilgili tedavinin devamını oluşturması, bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin evde bakım gerçekleşmeden önce sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

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

Teminat Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir.

4.2 AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI

Ayakta tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri/modern teşhis 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.

4.2.1 DOKTOR MUAYENE

Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı diploma sahibi tıp doktoru tarafından yapılacak muayenelere ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir. İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak aynı doktorun on beşinci (15.) güne kadar yaptığı muayenelere ilişkin giderler, teminat kapsamı dışındadır. Rutin jinekolojik muayeneler, göz muayeneleri, sıfır (0) ile iki (2) yaş arası çocukların rutin kontrolleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

4.2.2 LABORATUVAR

Hastalığın tanısı ve ileri tetkiki için gerekli olan tahliller ile kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Hepatit markerlerine ait giderler, sadece karaciğer enzim değerlerinin normal değerlerin üzerinde olması durumunda bu teminat kapsamında değerlendirilir.

4.2.3 GÖRÜNTÜLEME

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

Radyolojik tetkiklere (USG vb.) ilişkin giderler, ancak söz konusu tetkiklerin ilgili uzman tarafından yapılması halinde kapsam içerisindedir. Radyoloji uzmanlığına sahip olmayan bir doktorun muayene sırasında kendisinin yaptığı radyolojik tetkiklere (USG vb.) ilişkin giderler kapsam dışıdır.

4.2.4 MODERN TEŞHİS

Hastalığın tanısı için gerekli görülen tomografi, MR, anjiyografi, endoskopik tetkikler, tetkik amaçlı (insizyonel) biyopsiler, sintigrafi ve benzeri ileri tanı giderleri ile bu işlemler esnasında kullanılan kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir. Tanıya yönelik girişimsel tetkikler ile endoskopik işlemler (Diagnostik artroskopi, diagnostik laparaskopi, kolonoskopi, gastroskopi, sistoskopi, bronkoskopi, mediastinoskopi, biyopsi, USG eşliğinde biyopsi, anjiyografi (koroner anjiyo hariç), MR eşliğinde anjiyografi vb.) bu teminattan karşılanır.

4.2.5 FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

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.

4.2.6 İLAÇ TEMİNATI

SGK'lı işlemler neticesinde reçete edilen dökümda yer alan "ilaç katılım payı", teminat tablosunda belirtilen planlarda ödeme oranı ve limit bilgisini ifade eder.

4.3 DOĞUM TEMİNATI

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 Hakedişleri" maddesinde belirtilen bekleme süresinin tamamlanması halinde geçerlidir.

Normal doğum, sezaryen doğum, amniosentez, zorunlu küretaj ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavilere ait giderler poliçede belirtilen Doğum teminatı limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Doğum teminatı alınması durumunda Mol Hidatiform ve Dış Gebelik bekleme süresinin dolması halinde kapsam içindedir.

Gebelik ile ilgili periyodik doktor muayeneleri ve gebelik öncesi ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler, (TORCH, NST, down üçlü tarama vb.), Ayakta Tedaviler teminatının poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerli olup teminat tablosunda belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Yukarıda bahsedilen giderler dışında bebeğe ait sağlık giderleri, bebeğin poliçeye dahil edilmesiyle beraber kendi poliçesi kapsamında ilgili diğer teminatlardan karşılanır.

Doğum teminatı bulunan poliçede gebelik ile ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, gebeliğin Katılım Sağlık poliçe başlangıç tarihinden 3 ay sonra başlaması (SAT-Son Adet Tarihi dikkate alınacak) koşulu ile, ilgili teminat kapsam dahilindedir. Bekleme süresini doldurmadan önce başlayan gebelik durumu kapsam dışıdır.

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

4.4 AMBULANS HİZMETLERİ

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. Uluslararası ambulans taşıma hizmeti kapsam dışıdır.

4.5 EK TEMİNATLAR

4.5.1 YARDIMCI TIBBİ MALZEME GİDERLERİ

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, dirseklilik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbasından ibaret tıbbi malzemeler, 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.

4.5.2 40 YAŞ ÜSTÜ MAMOGRAFİ VE PSA

Kırk (40) yaş ve üstü sigortalı bayanların yılda bir kez mamografi, kırk (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 dahilinde yılda bir (1) kez karşılanacaktır.

4.5.3 ACİL DURUM TEDAVİ GİDERLERİ

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 anlaşmasız kurumlarda yapılan sağlık giderlerini kapsar. Acil Durum Tedavi Giderleri anlaşmasız kurumlarda; polişe dönemi içerisinde Yatarak ve Ayakta Tedavi Teminatı, teminat tablosu açıklamalarında belirtilen limit ve SUT oranı kadar ödenir.

5. 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.

- 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, spermatosel, sistosel-rektosel,
- Tüm fıtıklar, 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,
- Dış gebelik,
- Kanseri ve kalp hastalıkları,
- Diyaliz,
- Meme hastalıkları,
- Endometriozis,
- Prolapsus uteri (rahim sarkması),
- Organ yetmezlikleri, organ nakilleri,
- Multiple Skleroz ve SLE (Lupus), tüm romatolojik hastalıklar

Polişe 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 Katılım Sağlık Sigortası'nda, sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 yıl bekleme süresi bulunmaktadır.

- Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, septoplasti, konka hipertrofisi) ile ameliyat ve girişimler.

5.1 DOĞUM TEMİNATI BEKLEME SÜRESİ

Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, gebeliğin Katılım Emeklilik'te poliçe başlangıç tarihinden sonra başlaması (SAT-Son Adet Tarihi dikkate alınacak) koşulu ile, doğum bekleme süresi 3 ay olarak uygulanacaktır. Bekleme süresini doldurmadan önce başlayan gebelik durumu kapsam dışıdır.

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

6. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar, tedaviler ve giderler, Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 1. ve 2. maddesine ek olarak sigorta teminatı dışında tutulmuştur. Sigortacı bunlardan dolayı yükümlülük altına giremez.

1. Beyan edilmiş dahi olsa, sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık giderleri, bunlara bağlı nüks ve komplikasyonları,
2. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı (işten ayrılma, prim ödenmemesi vb.) durumlarda meydana gelen sağlık giderleri,
3. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde 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,
4. SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü gider,
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,

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

İNKILAP MAH. DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CAD. KELİF PLAZA 3. BLOK NO: 2 İÇ KAPI NO: 3 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.

- 6.** 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,
- 7.** Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkolü 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,
- 8.** Dünya Sağlık Örgütü veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın ait sağlık giderleri,
- 9.** Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme vb.), estetik, kozmetik amaçlı her türlü işlem, estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi, jinekomasti; polipe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar,
- 10.** 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/ileriliği vb.) ile ilgili rutin veya spesifik her türlü tetkik ve tedavi giderleri, saç ve sakal dökülmesi, alopesi,
- 11.** Poliçede belirtilen "Doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
- 12.** Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi tüp bebek, kısırlık tanısı ve tedavisi, yardımcı üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis, suni dölleme, 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 (fimozis dahil) ile ilgili tüm giderler,
- 13.** Kısırlıkla ilgili olan varikozel tetkik ve tedavilerine ait giderler,
- 14.** Yalancı gebelik (psikolojik gebelik) ile ilgili giderler,
- 15.** 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 sistouretrografi, robotik cerrahi cihaz kullanım bedeli kapsam dışıdır.
- 16.** Kaplıca kürleri, çamur banyoları, şifa kürleri, masaj, jimnastik salonları ve zayıflama merkezleriyle ilgili giderler, çocuk bakımı, çocuk maması, bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili tüketim malzemeleri, alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan (tedavi amaçlı kullanılan medikal şampuanlar hariç), saç solüsyonu, diş macunu, tatlandırıcı, kozmetik ürünler,
- 17.** 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.
- 18.** 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 saklanması ilişkin giderler,
- 19.** 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 uçuş, ata binme, kayak yapma, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma, vb.),
- 20.** Sigortalının tazminat talebinde bulunurken veya tedavi görürken yaptığı ulaşım, konaklama masrafları vb.,
- 21.** Her türlü diş tedavisi, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
- 22.** Gözlük cam, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları giderleri ile gözdeki kırılma kusuru (miyop vb.) cerrahisi ile şaşılık, görme tembelliği ve bunlarla ilgili giderler,
- 23.** 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 apace,

- 24.** Epilepsi ile ilgili giderler,
- 25.** Demansiyel sendromlar (alzheimer hastalığı ve bunamalar), parkinson, MS, Skolyoz, Kifoz, Halluks Valgus, Halluks Rijidus, Pes Planus,
- 26.** 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,
- 27.** Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, holter cihazı, nebulizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar,
- 28.** Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi vb. nedenlerle alınan sağlık kurulu raporu için yapılan giderler,
- 29.** Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
- 30.** Omurga şekil bozuklukları tedavisi ile ilgili giderler,
- 31.** Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar),
- 32.** 7 yaş altı çocuklarda kasık ve göbek fıtıkları ile ilgili giderler,
- 33.** 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.),
- 34.** Gündelik iş görememe, yol, gündelik bakım, check-up, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve süit oda farkları vb. özel harcamalar,
- 35.** Tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimozis vb.),
- 36.** Özel şartlarda tanımlanmış olsun ya da olmasın poliçenin teminat tablosunda belirtilmeyen haller,
- 37.** Anlaşmasız ambulans ücretleri (şehir içi ve şehir dışı dahil),
- 38.** Ayakta tedavi teminatındaki her türlü ilaç masrafları (Teminat tablosunda belirtilmesi durumunda “ilaç katılım payı” hariç), aşı giderleri, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, malzeme masrafları, yurt dışında gerçekleşen ve getirtilecek olan ilaç masrafları ile her türlü sağlık gideri, ortopedik ayakkabı, tabanlık, koltuk değneği, boyunluk, tekerlekli sandalye, korseler, buz kesesi vb. her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderler, işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.,
- 39.** Aksine bir sözleşme yoksa, gebelik ile ilgili her türlü gider, doğum ve yeni doğan bebek masrafları,
- 40.** Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,
- 41.** Obesite ve metabolik sendrom ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,
- 42.** Mesleki hastalıklar (asbestozis, pnömokonyosis, cıva zehirlenmesi, silikozis vb.) ve mesleki sebepten kaynaklanan yaralanmalar,
- 43.** Alerjik hastalıklara yönelik aşı tedavileri (immünoterapi) ve alerji tetkikleri,
- 44.** Nazal valv operasyonları
- 45.** Terör, sabotaj, biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1 LİMİT VE KATILIM PAYI UYGULAMASI

Poliçe üzerinde belirtilen limit ve ödeme oranları her sigortalı için ayrı ayrı geçerli olup bu oran ve limitlerin üzerinde yapılan sağlık harcamaları hiçbir şekilde karşılanmaz. Kalan limit, poliçe üzerinde belirtilen teminat limitinden, sigortacı tarafından ödenen tazminat tutarları ile sigortalı tarafından karşılanan katılım payı tutarları toplamının düşülmesi ile hesaplanır. SGK tarafından alınan katılım payı bu hesaplamanın dışındadır.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

8.1 TAZMİNAT TALEBİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş. anlaşmalı kurumlarında poliçe teminat kapsamı dahilindeki ayakta ve yatarak tedavilerde yapılacak sağlık giderlerine ait faturalar; kuruma verilecek provizyon onayı sonrasında sigortacı tarafından doğrudan kuruma ödenecek, provizyona konu evraklar ve faturalar ilgili kurum tarafından sigorta şirketine gönderilecektir. Sigortalının şirketten provizyon onayı almayıp, kendi yaptığı sağlık harcamalarına ait giderler poliçe kapsamı dışındadır. Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, “halefiyet ilkesi” gereği KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş. ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanılabilmesi için sigortalı, KATILIM EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş.’ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakta yükümlüdür. (Hakların Devri İlkesi)

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

İNKILAP MAH. DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CAD. KELİF PLAZA 3. BLOK NO: 2 İÇ KAPI NO: 3 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.

8.2 SAĞLIK GİDERLERİNİN BELGELENDİRİLMESİ

Doğrudan ve sonradan ödeme sürecinde, sigortacı gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, yönlendirdiği doktora sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir.

8.3 UYGULANAN HATALI TEDAVİLER

Sigortalının anlaşmalı kurumda yürütülen tedavisi sırasında oluşabilecek tıbbi hataların her türlü sorumluluğu resmi kurumlarca belirlenen hata oranında anlaşmalı kuruma ve doktoruna aittir. Katılım Emeklilik tıbbi hatalar nedeniyle hiçbir şekilde sorumluluğu ve doğabilecek zararı tazmin yükümlülüğü bulunmamaktadır.

8.4 SİGORTALININ DOKTORA MUAYENE ETTİRİLMESİ VE İNCELEME YAPILMASI

Sigortacı, bir tazminat talebinin işlem görmesi sırasında gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı belirleyeceği doktora muayene ettirme hakkına sahiptir. Sigortacı, gerek görmesi halinde, sigortalının sağlık giderlerini ödemediği önce ya da yatışlı tedavisi söz konusu olduğunda yatış onayı vermeden önce inceleme yaptırabilir. Ayrıca, sigorta süresi öncesi ve sonrasında, sigortalının yazılı onayı alınarak, sigortalıyı tedavi eden tüm doktorlar, sağlık kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, kamu kuruluşları ve sigortacılık hizmetiyle ilişkili üçüncü şahıslardan sigortalının sağlık özgeçmişi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını isteme hakkına da sahiptir. Katılım Emeklilik, sigortalılarının sağlık bilgileri ile ilgili her türlü detayı Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezine ve sigortacılık hizmetiyle ilişkili üçüncü şahıslara aktarabilecektir.

8.5 YATIŞLI TEDAVİ ÖNCESİ ÖN ONAY ALINMASI

Sigortalı, acilen sağlık kuruluşlarına yatırılması gereken haller dışında, işlemlerin kolaylaştırılmasını sağlamak amacıyla yatışlı tedavi görmesi gerektiğini sağlık kuruluşuna giriş yapmadan 48 saat önce sigortacıya bildirmelidir.

9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1 POLİÇENİN YENİLENMESİ

Sigorta sözleşme süresi 1 yıldır. Poliçe, sigorta süresinin bitiminden önce sigorta ettiren ve sigortacının karşılıklı anlaşması ve aşağıdaki koşullarla yenilenebilir. Sigortacının yenilemeye ilişkin risk değerlendirmesi yapma, poliçeyi otomatik yenileme veya yenilememe hakkı saklıdır. Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda sigortacının, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almaması ve yenileme haklarının geçerliliğini kaldırması hakları saklıdır.

Sigortacı, sigortalı “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkını kazanana kadar, her yıl yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme sonucunda poliçeyi, aynı koşullarla yenileyebileceği gibi, istisna, muafiyet ve/veya ek prim uygulayarak yenileyebilir veya yenilememe kararı verebilir. Tüm değerlendirmeler sırasında, sigortacının, sigortalıdan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimi isteme veya sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırmaya hakkı saklıdır. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi ve erişim sistemlerinin sigortacı tarafından ulaşılır olması kaydıyla sigortacı tarafından, aksi durumda sigorta ettiren/sigortalı tarafından karşılanır.

Sigortalının yenilenecek poliçesindeki tercihlerini değiştirmek istemesi durumunda uygulanacak olan esaslar, “Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar” başlığı altında belirtilmiştir.

Sigortacının otomatik yenileme yapması durumunda, sigortalıların poliçelerinde tercih edilmiş kriterler değiştirilmeden yenilenir. Ancak, sigortalının poliçe tercihleri yenileme döneminde geçerli değilse poliçe, en az biten poliçe kriterlerini haiz karşılıkları ile yenilenir.

Sigortacının otomatik yenileme yapması durumunda, poliçeler, en geç vade tarihinde, sigorta ettirene/sigortalıya veya sigorta ettirene/sigortalıya teslim edilmek üzere ilgili satış kanalına iletilir ve sigorta ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemindeki ödeme şekli, ödeme planı yenilemede geçerli olur. Primin kredi kartı ile ödenmesi durumunda, prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı bilgisi yenileme poliçesine aktarılır.

İşbu sigorta poliçesinin satışının durdurulması halinde, bu poliçede devam etmekte olan sigortalıların poliçeleri, bitiş tarihlerine dek devam ettirilecek ve yenileme döneminde sigortalılara, en az biten poliçe standartlarını haiz bir ürün önerilecektir.

9.2 TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTALARINDA ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Poliçenin sigortacı tarafından mevcut plan (örnek: kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet gibi belirli kriterler) dahilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi sigortalının, sigortacıda elli altı (56) yaşından önce sigortaya ilk giriş yaptığı, kesintisiz üç (3) yıl sigortalı kaldığı ve bu süre içerisinde “Azami İyi Niyet Prensibi” ilkesine uygun davrandığı durumlarda, yapılacak olan tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre verilebilir. Ancak, sigortacının değerlendirme sonucuna göre, sigortalıya bu hakkı vermemeye veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) verme hakkı saklıdır.

“Ömür Boyu Yenileme Garantisi” değerlendirmesi yapılmış ancak “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” bulunmayan sigortalılar için, sigortacının her yıl yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapma ve poliçeyi yenileyip yenilememe hakkı saklıdır.

Yapılan inceleme sonucunda sigortacı;

- Herhangi bir ek prim veya istisna uygulamadan “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” verebileceği gibi bu esnada, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek prim uygulanması konusunda tekrar değerlendirme yapabilir,
- Katılım Emeklilik’teki “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkını kazanma tarihinden önce oluşan riskler için muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb. uygulamak sureti ile de “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkı verebilir,

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

İNKILAP MAH. DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CAD. KELİF PLAZA 3. BLOK NO: 2 İÇ KAPI NO: 3 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.

- Ömür Boyu Yenileme Garantisini vermeyip her yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapabilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı kazanıldıktan sonra;

- Sigorta ettirenin talebi olmadıkça ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limitleri düşürülmez, sigortalı katılım payları arttırılmaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapılmaz.
- Sigortalının bu hakkı kazanmasından sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından dolayı hastalık ek primi, istisnası uygulanmaz.
- "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" bulunan yenileme poliçelerine tazminat ek primi uygulanmaz.
- Sigortacı tarafından, Ömür Boyu Yenileme Garantisi için risk değerlendirmesi yapılan tarih ile yenilenen poliçenin başlangıç tarihi arasında sigortalı tarafından bilinen ancak sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, sigortacı yenileme koşullarını tekrar değerlendirerek hastalık ek primi uygulama hakkına sahiptir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özel olup yalnızca bu hakkı kazanmış sigortalıya aittir. Bu hakkı kazanan sigortalılar poliçede ayrıca belirtilir. Ömür Boyu Yenileme Garantisine ilişkin diğer bilgilendirmeler "Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri" maddesinde belirtilmiştir. Sigortacı, poliçe başlangıç tarihinden sonra poliçeye giriş yapan eş ve/veya çocukları, dahil oldukları poliçe döneminden itibaren üç (3) tam yılı tamamlamalarını müteakip ilk yenileme döneminde Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirmeye alır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi bireye özel olarak verilir. Aile bireyleriyle birlikte sağlık sigortası kapsamında olan kişilerden birine Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmesi, poliçedeki diğer aile bireylerine de Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildiği anlamına gelmez. Sigortalılarımız Ömür Boyu Yenileme Garantisi aldıkları tarihte geçerli olan özel şartlara tabi olacaklardır.

Katılım Emeklilik'te kurumsal sağlık sigortası kapsamında sigortalı iken poliçeden çıkan kişiler en fazla bir (1) ay içinde bireysel sağlık sigortası yaptırmak için başvurmalıdırlar. Katılım Emeklilik'te kurumsal sağlık sigortası kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunmayan kişiler için, kurumsal poliçe kapsamından çıkış tarihinden sonra en fazla 1 ay içinde Katılım Emeklilik'e bireysel sağlık sigortası yaptırmaları durumunda, ileriki tarihlerde yapılacak bireysel Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirilmesi sırasında, Katılım Emeklilik'teki kurumsal sigortalılık süreleri ve kurumsal sigortası kapsamındaki tazminat kullanımları göz önünde bulundurulacaktır.

Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, 1 aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Katılım Emeklilik'te bireysel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerin sağlık beyanları ve önceki sigorta şirketinden gönderilen geçmiş sigortalılık bilgileri incelenerek, risk değerlendirmesi sonucunda uygun görülen sigortalılar önceki sigorta şirketlerindeki yenileme garantisi hakları devralınarak sigortalıanabileceklerdir.

Diğer sigorta şirketlerinde en az tam bir (1) yıl sigortalılık süresini dolduran, o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, 1 aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Katılım Emeklilik'te bireysel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerden, Ömür Boyu Yenileme Garantisi ve/veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi dışında başka bir yenileme garantisi hakkı devralınmayan ya da önceki şirketinde bu hakları verilmeyen kişilerin Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanıp kazanmadıkları ile ilgili değerlendirme, Katılım Emeklilik'teki 2. yıllarının sonunda yapılacaktır.

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 böbrek, 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 hastalıkları,
- Her türlü kist-kitle (pankreatik kist beyinde kitle vb.),
- Karaciğer (siroz, tüm hepatitler vb.) ve akciğer hastalıkları (Tüberküloz, Sarkoidoz, Pnömonyoz, KOAH amfizem, pulmoner hipertansiyon vb.),
- Immün sistem hastalıkları (sistemik lupus eritematosus, 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, muskul er distrofler, pankreatit)
- Eğer kazanılmış bir ÖBYG hakkı yok ise standart uygulama geçerli olacaktır.

9.3 DİĞER SİGORTA ŞİRKETLERİNDEN GEÇİŞLERDEKİ UYGULAMALAR

Şirketimizdeki herhangi bir sağlık poliçesi/sağlık teminatı ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortalılık hakları ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya Grup Sağlık Poliçesi'nin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

9.3.1 PLAN/TEMİNAT DEĞİŞİKLİK İŞLEMLERİ

Poliçenin yenilenmesinde, teminatlarda değişiklik talepleri, poliçe bitiş tarihi öncesi ve sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilir.

Sigorta ettirenin yenilenecek poliçesindeki tercihlerini (kapsam, network gibi belirli kriterler) genişletmek istemesi durumunda, sigortacı, sigortalının geçmiş sigortalılık bilgileri ile gerekli görülen durumlarda sigortalıların sağlık beyanını esas alarak risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme neticesinde; sigortalının, poliçe kapsamını değiştirme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi istisna ve/veya hastalık ek primi uygulama ve gerekli görüldüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuru kabul etmeme hakkı saklıdır.

Sigorta ettirenin yenilenecek poliçesindeki tercihlerini daraltmak istemesi durumunda, tekrar risk değerlendirmesi yapılmaz, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek primi devam eder.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

İNKILAP MAH. DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CAD. KELİF PLAZA 3. BLOK NO: 2 İÇ KAPI NO: 3 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.

9.3.2 GEÇİŞ (TRANSFER) İŞLEMLERİ

Diğer sigorta şirketlerinde veya Katılım Emeklilik Grup Sağlık Sigorta Poliçesi'nde sigortalı olan kişilerin, Tam Katılım Sağlık Sigortası sigortalısı olarak devam etmek istemeleri halinde, aşağıdaki koşulların sağlanması gerekmektedir:

- Önceki sağlık poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde şirketimize başvurulmalıdır.
- Önceki sağlık sigortasında en az 1 tam yıl sigortalı olunmalıdır.
- Diğer sigorta şirketinden geçişlerde 15 günlük-69 yaş (dahil) aralığındaki kişiler başvuru yapabilir.

Sigortacı, sigortalı adaylarının önceki poliçelerinde kazanılmış haklarının devamına, geçmiş sigortalılık bilgileri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verebilir. Sigortacı, Tam Katılım Sağlık Sigortası ürününe ait Özel Şartları ve Katılım Emeklilik'in teknik ve tıbbi risk değerlendirme kuralları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

10. PRİM TESPİTİ

10.1 PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

Primler, sigortalıların yaşı, cinsiyeti, ikamet adresleri, ürün kapsamı, performansı, sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları değişiklikler gibi kriterler çerçevesinde belirlenmektedir.

10.2 PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Sigortacı, "Sağlık Tarife Primi"ni periyodik aralıklarla portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak günceller. "Sağlık Tarife Primi"ndeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki dönemin tarife priminin en fazla üç katıyla sınırlıdır.

Sigortacının yenileme dönemleri itibarıyla, indirim ve/veya ek prim oranlarında, kriterlerinde makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

10.3 HASTALIK EK PRİMİ VE HASARSIZLIK İNDİRİMİ

Tazminat kullanımına bağlı indirim, sigortacının bu uygulamanın bulunduğu bireysel tamamlayıcı sağlık poliçe yenilemelerinde uygulanır.

Sigortacıda sona eren sözleşmenin yenileme dönemi sırasında; sona eren poliçenin ve yenilenecek poliçenin sadece ayakta tedavi veya yatarak ve ayakta tedavi teminatlarını içeriyor olması şartı ile poliçedeki her bir sigortalı için son yılın Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, hastalık istisna veya sürprim, kullanıma bağlı ek prim uygulayabilir, geçerli anlaşmalı kurum ağı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri ve yıllık kullanım adetlerinde değişiklik yapabilir.

Sıfır bir (0-1) yaş aralığındaki (1 yaşını doldurmamış) çocuklarda ilk poliçe yenilemesinde, Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, hastalık istisna veya sürprim, kullanıma bağlı ek prim uygulayabilir, geçerli anlaşmalı kurum ağı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri ve yıllık kullanım adetlerinde değişiklik yapabilir.

10.4 FARK PRİMİ ZEYİLİ

Poliçe yenilendikten sonra, bir önceki poliçe dönemine ait yapılacak tazminat ödemelerinin sigortalının tazminat/sağlık net prim oranını değiştirerek yenilenen poliçenin primini arttırması durumunda sigortacı oluşacak fark primini, sigorta ettirenden zeyilname ile talep eder veya tahakkuk ettirecek fark prim tutarını tazminat tutarından düşer.

10.5 TARİFE DEĞİŞİKLİK LİMİTİ UYGULAMASI

Sigortacı, yenilenen poliçelerin yapılan "Sağlık Tarife Primi" değişikliklerinden aşırı derecede etkilenmesini önlemek amacıyla sigortalının bir önceki yıl "Sağlık Tarife Primi" ile yenileme dönemindeki "Sağlık Tarife Primi" arasındaki farkın belirli bir aralık dahilinde kalmasını teminen "Sağlık Tarife Primi" artış/azalış oranlarına üst ve alt sınır getirebilir.

10.6 DİĞER İNDİRİMLER

Sigortacı tarafından, dönemsel olarak düzenlenecek olan kampanyalar kapsamında ve benzeri durumlarda, bu özel şartlarda tanımlanan indirim ve ek primler dışında yapılan her türlü indirim ve ek primi ifade eder.

10.7 AİLE İNDİRİMİ

Anne, baba ve 24 yaşına kadar olan bekar çocukların aynı sözleşme kapsamında sigortalanması halinde, kişi sayısı dikkate alınarak uygulanan indirim ifade eder.

10.8 GEÇİŞ İNDİRİMİ

Sigortalının bir önceki sigorta şirketinde sona eren sözleşmenin ve sigortacı ile yapacağı sözleşmenin yatarak ve ayakta tedavi teminatlarını içeriyor olması şartı ile; son yılın Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu indirim uygulayabilir.

10.9 YAŞA BAĞLI EK PRİM

Sıfır on sekiz (0-18) yaş aralığındaki çocuklarda ilk sigortaya giriş tarihi itibarı ile ve poliçelerinin yenilemelerinde, poliçede ebeveyn olmaması durumunda sağlık risk değerlendirmesi sonucuna göre yaşa bağlı ek prim uygulanabilir.

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1 SİGORTALI GİRİŞİ

Bu sigorta ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden, 15 günlük-69 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilmektedir.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

İNKILAP MAH. DR. ADNAN BÜYÜKDENİZ CAD. KELİF PLAZA 3. BLOK NO: 2 İÇ KAPI NO: 3 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.

15 günlük-17 yaş arası çocuklar tek başına sigortalanabilirler. Yeni doğan bebekler 30 gün içinde poliçeye dahil olabilmek için başvuruda bulunmak zorundadır. Bu süreyi aşan talepler bir sonraki yenileme döneminde başvurulması halinde değerlendirilecektir.

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, T.C. sınırları dahilinde ikamet eden/edecek kişiler sigortaya kabul edilirler. Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. Aynı poliçe kapsamında sadece çekirdek aile yer alabilir. Çekirdek aile; anne, baba ve/veya bekar çocuklardan ibarettir.

Anne ve babanın ya da fert ve eşin aynı poliçe kapsamında yer alabilmesi için kanunen evli olunması gerekmektedir.

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, T.C. sınırları dahilinde ikamet eden/edecek kişiler sigortaya kabul edilebilirler. Sigorta poliçesi GSS hak sahibi olan kişiler için geçerlidir. GSS müstehaklığını kaybeden sigortalılar poliçelerini devam ettirebilir ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. GSS hak sahipliğinin yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden geçerli olur. Herhangi bir nedenle sigortalılık sürecinin kesintiye uğraması halinde işbu poliçe Özel Şartları'nda yazılı kazanılmış haklar için şirketimizin taahhütleri son bulur.

Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. Aynı poliçe kapsamında sadece çekirdek aile yer alabilir. Çekirdek aile; anne, baba ve/veya bekar çocuklardan ibarettir.

11.2 BAŞVURU VE BİLGİLENDİRME FORMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun doldurulması sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalının beyan yükümlülüğü kapsamında vermiş olduğu beyanları esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceleme yapar. Bu değerlendirme neticesinde; sigortalının teklif edilen poliçe kapsamını (network, teminat gibi) değiştirme, istisna ve/veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır. Poliçe, sigortalının başvuruyu kabulü halinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer.

11.3 YÜRÜRLÜKTEKİ POLİÇEYE SİGORTALI GİRİŞİ

Diğer aile bireylerinin mevcut poliçeye girişleri "Sigortalı Girişi" maddesi çerçevesinde değerlendirilecek olup yürürlükte olan poliçenin Özel Şart, teminatları ve prim tarifi ile geçerli olacaktır.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen tüm sigortalı giriş taleplerinde (evlilik, yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak sigortalının hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır. Bu prim poliçenin ödemeleri tamamlanmış ise peşin olarak, tamamlanmamış ise kalan vade sayısına bölünerek tahsil edilir.

11.4 POLİÇENİN TEKRAR YÜRÜRLÜĞE GİRMESİ (MERİYET)

Poliçe priminin/taksitinin vade tarihinden itibaren 15 gün içerisinde ödenmemesi halinde poliçe iptal edilecektir. Poliçe iptali sonrası 30 gün içerisinde başvuru yapılması halinde meriyet değerlendirmesi yapılır. Değerlendirme neticesinde sigortalının poliçeyi tekrar yürürlüğe alma, istisna ve/veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

12. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

12.1 PRİMLERİN 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. Aynı şekilde sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ödeme planındaki prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde poliçe temerrüde düşer.

Sigorta ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden on beş (15) gün içinde ödemediği takdirde sigorta teminatı durur ve sigortacı tarafından sigorta ettirenin bilinen son adresine veya e-posta iletişim bilgilerine yazılı ihtar gönderir.

Riskin gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren 15 gün içinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur.

Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı:

Sigorta ettiren ve/veya sigortalı isteği üzerine poliçenin iptal edilmesi durumunda prim iade tutarı, sigorta sözleşmesinin geçerli olduğu gün sayısının toplam sigortalılık süresine oranı esas alınarak hesaplanır. İptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, sigortalının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır.

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

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 sigortacıya 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 çıkış 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 çıkış işlemi yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki sigorta ettirene yapılır.

12.2 SİGORTA ETTİREN VEYA SİGORTALININ SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE VEFATI

Sigorta ettirenin vefatı durumunda, sigorta sözleşmesi geçersiz hale gelir. Sigorta ettirenin sözleşmede yer almadığı ve sigortalıların sigorta ettireni değiştirilerek sigorta sözleşmesini devam ettirmek istemeleri halinde, sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayının sigortacıya iletilmesi gereklidir. Bu durumda sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme 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 sözleşmede, sigorta ettirenin vefatı durumunda sigorta sözleşmesi geçersiz hale gelir. Sigorta ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Birden fazla sigortalının olduğu sigorta sözleşmelerinde, sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının sözleşmeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır ve varsa prim iadesi, işbu Özel Şartlar çerçevesinde sigorta ettirene yapılır.

12.3 POLİÇENİN OTOMATİK OLARAK FESHİ

Sağlık sigortası teminatı kapsamındaki bir bağımlının poliçesi aşağıdaki durumlardan biri gerçekleştiği takdirde otomatik olarak feshedilecektir:

a. Bir sigortalının poliçesi eksik ve yanlış beyan ya da kötü niyetli bir hareketi nedeniyle iptal edilirse aynı poliçe kapsamında bulunan diğer aile bireylerinin de poliçeleri aynı gün itibarıyla iptal edilecektir.

b. Sigorta ettiren ve/veya sigortalının "Azami İyi Niyet Prensi" ilkelerine aykırı davranan, sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya sağlık gider belgelerinin sigorta sözleşmesi kapsamındaki diğer kimseler adına düzenletilmesi gibi kötü niyetli hareketlerinin saptanması durumunda sigortacı, bu şekilde yapılmış bir tazminat talebini ödemiş olması halinde, ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve sigorta sözleşmesini bazı veya tüm sigortalılar için kısmen veya tamamen mebdeinden iptal etmek hakkına sahiptir. Sigortalının, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile sigortalının uğrayacağı zararlardan sigorta ettiren, sigortalı ile birlikte sorumludur.

c. Poliçenin bitiş tarihi itibarıyla süre sonu olması ve yenilenmemesi.

13. EKLER

13.1 BİLGİ PAYLAŞIMI VE BİLGİ TEMİNİ

Katılım Emeklilik, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, 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 Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, 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.

13.2 SORUMLULUĞUN YERİNE GETİRİLMEMESİ

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 Resmi Gazetede yayımlanan “Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

13.3 SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN BİLGİLENDİRMELERİ

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 sigortacıya 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 sigortacıya 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.

13.4 SİGORTA SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER

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 gününü geçemez.

13.5 RÜCU VE İSTİRDAT HAKKI

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 Şartları’na 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. Sigortacının anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sarı şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle sigortacının bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

13.6 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.