

İÇİNDEKİLER

YABANCI SAĞLIK KATILIM SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	1
2. TANIMLAR	1
3. TEMİNAT KAPSAMI	5
3.1. Yatarak Tedavi Teminatı	5
3.1.1. Operatör Doktor Ücreti	5
3.1.2. Küçük Müdahale Teminatı	6
3.1.3. Evde Bakım	6
3.1.4. Suni UzuV	6
3.1.5. Ambulans	6
3.2. Ayakta Tedavi	7
3.2.1. Doktor Muayene	7
3.2.2. Reçeteli İlaç	7
3.2.3. Tahlil-Röntgen	7
3.2.4. İleri Tanı Yöntemleri	7
3.2.5. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	7
3.2.6. Yardımcı Tıbbi Malzeme	7
4. BEKLEME SÜRELİ DURUMLAR	8
5. STANDART İSTİSNALAR	8
6. COĞRAFİ KAPSAM	10
7. BAŞVURULAR VE SİGORTAYA KABUL	10
7.1. SAGMER (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi) Bilgilendirme	10
8. SİGORTA ETTİRENİN SORUMLULUĞU	11
9. TAZMİNAT DEĞERLENDİRME VE ÖDEME	11
10. SİGORTANIN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	13
11. KAZANILMIŞ HAKLAR VE GEÇİŞ İŞLEMLERİ	13
12. SÖZLEŞMEDE YAPILACAK DEĞİŞİKLİK	14
13. PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER	14
13.1. Hasarsızlık İndirimi ve Hastalık Ek Primi	14
14. SİGORTA ETTİRENİN / SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL	14
15. EK BİLGİ	14
15.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	14
15.2. Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi	14
15.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	14
15.4. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler	14
15.5. Rücu ve İstirdat Hakkı	14
15.6. Terör Klozu	14
15.7. Resmî Kurumları Bilgilendirme	15
15.8. Yasalardaki Değişiklikler	15
15.9. Vergiler	15
15.10. Para Birimi	15

YABANCI SAĞLIK KATILIM SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bu sigorta 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu gereğince kısa dönem ikamet izni başvurularında yaptırılması gereken özel sağlık sigortası olup 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 çalışamaması 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.

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.

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. (İşbu 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 sigortalının 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 Sigortalının 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.

2. 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 gösterir 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 Sigortalı 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"): 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 önceden var olan rahatsızlık/hastalıktır. Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı ve gelişim süreci, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlık ve bunlara bağlı olarak gelişen nüks ile komplikasyonlardır.

İstisna: Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/rahatsızlıkların) Sigortalı'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: Şirket ile özel anlaşması bulunan ve Şirket'in sözleşme yaptığı sigorta şirketi sigortalılarına bu anlaşma çerçevesinde sağlık hizmeti sunan kurumlardır. Anlaşmalı kuruluşların isimleri, sigortalı tarafından sigortalıya poliçede belirtilen 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. Poliçede tercih edilen Network'te yer alan bir sağlık kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığınca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Katılım Emeklilik sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar da "Anlaşma Harici Sağlık Kurumu" olarak değerlendirilir.

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

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

Tazminat talebi sırasında verilen provizyon son onay olmamakla beraber, Sigortalı 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: Sigortalı'nın gelen tazminat talebini, önceden provizyon alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, poliçe teminat ve limitleri, Poliçe Özel ve Genel Şartları dâhilinde değerlendirilerek, sağlık kurumlarına ve/veya sigortalı/ sigortalılara ödeme yapıp 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, Sigortalı'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 Sigortalı'ya ileterek, Poliçe Özel ve Genel Şartları dâhilinde 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 Sigortalı'ya iletilmesi gereken formdur.

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

Limit: Sigortalı'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 Sigortalı'nın ödemekle sorumlu olduğu oranı ifade eder.

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

Prim
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.

e) Hastalık Ek Prim: Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucunda, "Sağlık Tarife Primi"ne belli bir oranda ek prim uygulanarak, poliçe kapsamına alınmasıdır.

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. Sigortalılık süresi bir (1) yıldır.

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.

Acil Durum: Kapsam dışı olmayan ani bir hastalık, kaza veya yaralanma sonucu meydana gelen ve hastanenin acil servisinde 24 saat içinde müdahale edilmediği hallerde sigortalının hayatını tehlikeye sokan durumlardır. Dünya Sağlık Örgütü ve "Sağlık Hizmet Tarifesi" referans alınarak listelenmiş durumlar haricinde ortaya çıkabilecek vakalar "Acil" tanımında değerlendirilmez. (Hastanın durumu stabil hale geldikten sonraki tedaviler acil durum kapsamında değildir.)

Dünya Sağlık Örgütü Tarafından Tanımlanan Acil Durumlar:

- Şuur kaybına neden olan her türlü durum
- Miyokard enfarktüsü
- Aritmi
- Hipertansiyon krizleri
- Zehirlenmeler
- Trafik kazası
- Ani felçler
- Migren ve kusma ile birlikte şuur kaybına neden olan baş ağrıları
- Astım krizi
- Akut solunum problemleri
- 39 derece üstündeki yüksek ateş
- Ciddi alerji
- Anafilaktik tablolar
- Akut batın
- Yüksekten düşme
- Ciddi iş kazaları
- Uzun kopması
- Menenjit
- Ensefalit
- Beyin apsesi
- Elektrik çarpması
- Ciddi göz yaralanmaları
- Kurşunlanma
- Bıçaklanma
- Suda boğulma
- Donma
- Soğuk çarpması
- Isı çarpması
- Ciddi yanıklar
- Yeni doğan komaları
- Diyabetik ve üremik koma
- Genel durum bozukluğunun eşlik ettiği diyaliz hastalığı
- Akut masif kanamalar
- Omurga ve alt ekstremitte kırıkları
- Tecavüz

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

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

İNKILAP 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.

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.

Uzaktan Sağlık Sistemi: Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik hükümleri ile faaliyet izni almış olan sağlık kurumlarında, sağlık meslek mensubunun, sağlık hizmeti talep eden kişiye uzaktan sağlık bilgi sistemi üzerinden sunduğu sağlık hizmetidir.

Uzaktan Sağlık Bilgi Sistemi: Sağlık Bakanlığı tarafından üretilen veya Bakanlık tarafından tescil edilmek suretiyle uzaktan sağlık hizmeti sunumunda kullanılması onaylanan yazılı, sesli veya görüntülü iletişime imkân sağlayan güvenli yazılımı ifade eder.

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 ve Başvuru 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 tamamının 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 yayımlanan yönetmelikle adı Sigorta Bilgi Merkezi kabul edilmiş, 03.11.2011 tarih ve 28131 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan yönetmelik değişikliği ile ise ünvanı, 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 tarifiedir. 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.

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 Resmî 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 iş yerinde 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 ünvanı ve ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu, otomatik para çekme makinası makbuzu ve kredi kartı ekstreleri makbuz yerine geçmektedir.)

Sigortalının bu sigortayı yaptırabilmesi için 15 gün-69 yaş (dâhil) aralığında olması gerekmektedir.

3. TEMİNAT KAPSAMI

İş bu poliçe 10/05/2016 tarih ve 16 sayılı Vize ve İkamet İzni Taleplerinde Yaptırılacak Sağlık Sigortalarına İlişkin Genelge'de belirlenen asgari teminat yapısını kapsamaktadır.

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

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

İşbu 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.

3.1. 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), 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 başvurmasına 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.

3.1.1. 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.

Anestezist ve asistan ücretleri aynı serbest meslek makbuzu/VUK'a uygun düzenlenen POS slipi içinde yer alamaz; aksi şekilde düzenlenmiş 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.

3.1.2. Küçük Müdahale Teminatı

Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) 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, 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.

3.1.3. 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 güne sınırlı olacak şekilde özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır. Sigortalının evde bakım teminatından yararlanabilmesi için, trakeostomi, sık orotrekeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN/IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatöre bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları ve ağır protokolünün uygulanıyor olması gereklidir.

3.1.4. Suni Uzun

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 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.

3.1.5. 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 numaralı Katılım Emeklilik Sağlık İletişim Merkezi'ni arayarak yardım alabilirsiniz.

3.2. 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.

3.2.1. 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. Anlaşmalı kurumlarda kadrosuz ve geçici süreli çalışan doktorlar tarafından yapılan muayeneye ait giderler her halükârda sigortalı tarafından ödenecek ve sigortacıya değerlendirilmek üzere gönderilecektir. İlgili faturalar mutlak surette serbest meslek makbuzu ve/veya VU 'a (Vergi Usul Kanunu) uygun olarak düzenlenen POS slipi şeklinde olmalıdır.

3.2.2. 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. 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.

3.2.3. Tahlil-Röntgen

Tıp doktorunun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü 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.

3.2.4. İleri Tanı Yöntemleri

Tıp doktorunun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü tomografi, sintigrafi, MR, magnetik rezonans, nükleer tıp ve sintigrafiler (talyum vb.), endoskopik işlemler (gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronskopskopi, mediastinoskopi vb.), EMG, anjiyografiler (Koroner anjiyografi hariç), biyopsiler (endoskopik işlemlerle ilgili biyopsi giderleri dahil, ancak sadece karaciğer biyopsisi hariç), iştme 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.

3.2.5. 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.

3.2.6. 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. BEKLEME SÜRELİ DURUMLAR

Yeni iş olarak düzenlenen poliçelerde aşağıda yazılı hastalıklar ve komplikasyonlarının 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.

- 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 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,
- Glokom, katarakt, retinal deformiteler/patolojiler,

- Kalp Kapak Hastalıkları,
- Kronik Böbrek Yetmezliği, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH),
- Menopoz ve Osteoporoz ile ilgili tüm giderler,
- Dış Gebelik

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 sigortalanmış olsa dahi) prematüre bebek ve kuvöz masrafları, 7 yaş altındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fıtık işlemleri ile ilgili giderleri,
- Teminat tablosunda belirtilmeyen haller,
- 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 tün rahatsızlıkların teşhis, tedavi ve yardımcı cihaz masrafları,
- Yaşlılıktan ileri gelen bunama ile alzheimer, parkinson, sara (Epilepsi) ve bu rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan antipsikotik, antisyolitik, antikonvülzan 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,
- 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, paraşütcülük, parapant, delta kanatla uçuş, 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) kurum tarafından deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedavilerle ilgili tüm giderler, TTBAUT'da (Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi) karşılığı olmayan işlem/ tedaviler, kilo, işlah bozukluklarına ilişkin zayıflama ve kilo alma programları veya tedavileri ile ilgili harcamalar,
- Robotik Cerrahi yöntemiyle (Da Vinci) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım 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 merkezlerde 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, jinekoma, terlemeyi önleyen ve bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri 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; Diş hekimleri tarafından diş, dişeti ve çeneye yapılan her türlü müdahale, 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 aşilar, 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 ilgili olan 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, 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 aşilar (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 hastalık sonucu çalışamaması 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, biliopankreatik diversiyon, jejuno-ileostomi, barsak kısaltılması vb.),
- Dış gebelik, mol hidatiform" kapsam dışıdır. Doğum teminatı alınması ve bekleme süresinin dolması halinde kapsam içindedir.
- Sigortalının tedavisi sırasında vefatı durumunda morg masrafları.

6. COĞRAFİ KAPSAM

İşbu Özel Şartlar kapsamında düzenlenen sigorta sözleşmelerine ilişkin teminatlar, sadece T.C. sınırları içinde geçerlidir. Hiçbir koşulda yurt dışında yapılan tanı ve tedavi ile ilgili sağlık giderleri karşılanmaz.

7. 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 daimî ikamet ettiği yerin Türkiye sınırları içerisinde olması zorunludur. Sigorta giriş yaşı hesabı; poliçe başlangıç tarihi ile doğum yılı olarak hesaplanır.

İlk sigortalanma yaşı 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 sigortalanabilir. Yeni doğan bebekler 30 gün içerisinde poliçeye dahil olması için başvuruda bulunmak zorundadır. Bu süreyi aşan talepler bir sonraki yenileme döneminde başvurulması halinde değerlendirilecektir.

Reşit olmayan çocuklar (18 yaşın altındaki kişiler), ancak velilerinin yazılı muvafakatinin sigorta şirketine tevsiki halinde sigortalanabilirler.

Çocuklar, bekar ve öğrenci olması durumunda 25 yaşına kadar ailesi ile birlikte poliçe kapsamında sigortalanabilir, ancak yeni doğan

dışında poliçe başlangıç tarihinden sonra ara dönemde poliçe kapsamına giremezler, yenileme dönemini beklemeleri gerekir. (yeni evlat edinilen çocuklar hariç).

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 sigortası poliçesi ile var olan kazanılmış hakları bu poliçe için geçerli olmayacaktır.

Sigortalının yıl içinde eşini poliçeye dahil etmek istemesi halinde, evlilik tarihin takip eden 30 gün içerisinde başvuru formu doldurarak sigortacıya başvurması gereklidir. Sigortacı tarafından yapılacak olan risk değerlendirmesi sonucunda, sigortalanma kararı verildiği takdirde belirlenecek ek prim karşılığında sigorta kapsamına alınabilir. Bu sürenin aşılması durumunda ancak yenileme döneminde başvurulabilir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra yukarıda belirtilen süreleri aşan sigortalı adayları tek başına ayrı bir poliçede sigortalanma hakkına sahiptir.

7.1. 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.

8. 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 kabulle (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.

9. 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 teminat limit ve katılım payı dahilinde ödenir.

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 edilmeyiş sebebini açıklayan yazıyla sigortalıya bildirir.

Sigortalının anlaşmalı kuruluşa 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 çıkış 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
- 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).
- İmzalı seans dökümü.

Yardımcı Tıbbi Malzeme Giderlerinde;

- Doktor reçetesi,
- Gerektiğinde doktor raporu ve tetkik sonuçları.

10. SİGORTANIN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

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

Sigortalının poliçe yenileme döneminde, sigortalıya Hasar/Prim oranına göre ek prim uygulaması, hasar prim oranına ve/veya risk kabul kriterlerine göre poliçeyi yenilememe hakkı saklıdır.

Bu üründe ÖBYG (Ömür Boyu Yenileme Garantisi)/YG (Yenileme Garantisi/Güvencesi) bulunmamaktadır.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.

İNKILAP 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.

11. KAZANILMIŞ HAKLAR VE GEÇİŞ İŞLEMLERİ

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 sigortası poliçesi ile var olan kazanılmış hakları bu poliçe için geçerli olmayacaktır.

Bu üründe sigortalı olan kişilerin, Katılım Özel Sağlık ya da Katılım Tamamlayıcı Sağlık sigortalısı olarak devam etmek istemeleri halinde, aşağıdaki koşulların sağlanması durumunda değerlendirmeye alınır:

- Önceki sağlık poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde Şirketimize başvurulması
- Önceki sağlık sigortasında en az bir tam yıl sigortalı olunması
- En fazla 64 (dahil) yaşında olunması

Sigortacı sigortalı adaylarının beyanları, geçmiş sigortalılık bilgileri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek geçiş uygunluğuna karar verir. Sigortacı, geçiş yapılacak ürüne ait poliçe özel Şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya hastalık istisnası/hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

12. 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.

13. 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 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.

13.1. HASARSIZLIK İNDİRİMİ VE HASTALIK EK PRİMİ

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 istisna veya sürprim, kullanıma bağlı ek prim uygulanabilir, geçerli anlaşmalı kurum ağı, asgari teminat limitleri dahilinde, asgari ödeme yüzdeleri dahilinde ve yıllık kullanımlarda değişiklik yapabilir.

Sigortalının "Sağlık Tarife Primi"ne uygulanacak hastalık ek prim oranı her bir hastalık başına %200'ü geçemez.

Bu ürün kapsamında hasarsızlık indirimi bulunmamaktadır.

Sigortacı, belirli kurallar veya kampanyalar çerçevesinde sunduğu indirimleri uygulama, indirim oranını değiştirme veya indirim uygulamadan kaldırma hakkını saklı tutar.

14. SİGORTA ETTİRENİN/SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL

Poliçe priminin tutarı ve ödeme şekli poliçenin ön yüzünde belirtilmiştir. Sigortacının sorumluluğu primin tamamının ödenmesi halinde başlar. Primin tamamının ödenmemesi halinde poliçe; bildirim takiben feshedilir. 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 olunduğunu gösterir belge ibrazı,
- İkamet izni başvurusunun reddi veya ikamet izni başvurusundan karar öncesinde vazgeçilmesi.

Sigortalının/sigorta ettirenin, ikamet izni başvurusunun reddi veya ikamet izni başvurusundan karar öncesinde vazgeçilmesi gerekçesiyle iptal talebinde bulunması halinde tazminat ödenmemiş olması kaydıyla, iptal talebinin sigortacıya ulaştığı günü takip eden beş iş günü içerisinde ödenen primler kesintisiz olarak sigorta ettirene iade edilir.

Sigortalının/sigorta ettirenin yukarıdaki a, b veya c bentleri kapsamında iptal talebinde bulunması halinde veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmesi durumunda ise iptal taleplerinde sigortalının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene aşağıdaki usullere göre 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'ına eşit veya küçük ise, ödenmiş toplam primden, gün esaslı hesaplanan prim tutarı düşülerek kalan tutar Sigorta Ettiren'e ödenir.

Poliçenin, bu madde gereğinde iptali halinde, toplam tazminat tutarının (ödenmiş, ödenecek), gün esaslı hesaplanan ödenecek poliçe primi tutarının %60'ını 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 işlemle 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.

15. EK BİLGİ

15.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Katılım Emeklilik Hayat A.Ş., sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sağlık Sigortaları 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 paylaşımda 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 bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık Kanunun 31/A ve

31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

15.2. 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 hâlleri 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.

15.3. 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.

15.4. 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.

15.5. 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.

15.6. 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.

15.7. Resmî Kurumları Bilgilendirme

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 paylaşımda 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.

15.8. Yasalardaki Değişiklikler

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

15.9. Vergiler

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

15.10. Para Birimi

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