

Bireysel

Özel Sağlık Sigortası



Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. markasıdır.

0850 226 0 123

www.katilimsaglik.com.tr

[f /katilimsaglik](https://www.facebook.com/katilimsaglik)
[@ /katilimsagliktr](https://www.instagram.com/katilimsagliktr)

[X /katilimsaglik](https://www.x.com/katilimsaglik)
[in /katilimsaglik](https://www.linkedin.com/company/katilimsaglik)



Katılım Sağlık
uygulamasını indirmek
için QR-Code'u okutun.





**Katılım
Sağlık**
Şimdi Başla

Bireysel

Özel Sağlık Sigortası

İçindekiler

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

2. TANIMLAR

2.1. Sigortacı	6
2.2. Sigortalı	6
2.3. Sigorta Ettiren	6
2.4. Poliçe	6
2.5. Plan	6
2.6. Poliçe Başlangıç Tarihi	6
2.7. Poliçe Bitiş Tarihi	6
2.8. Poliçe Tanzim	7
2.9. İlk Sigortalanma Tarihi	7
2.10. Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi	7
2.11. Özel Şartlar	7
2.12. Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar)	7
2.13. Müşteri Hizmetleri	7
2.14. Grup Sağlık Sigortası	7
2.15. Bireysel Sağlık Sigortası	7
2.16. Hastalık	7
2.17. Rahatsızlık	7
2.18. Mevcut Hastalık/Rahatsızlık	7
2.19. Başvuru ve Bilgilendirme Formu	7
2.20. Beyan Yükümlülüğü	8
2.21. Risk Değerlendirme	8
2.22. İstisna	8
2.23. Muafiyet	8
2.24. Hastalık Ek Primi	8
2.25. Limit	8
2.26. Prim	8
2.26.1. Sağlık Tarife Primi	8
2.26.2. Sağlık Primi	8
2.26.3. Sağlık Net Primi	8
2.26.4. Toplam Poliçe Primi	8
2.27. Sağlık Hizmet Tarifesi	9
2.28. Sağlık Kurumu	9
2.28.1. Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu	9
2.28.2. Anlaşmasız Sağlık Kuruluşu	9
2.28.3. Yurtdışı Sağlık Kuruluşu	9
2.29. Anlaşmalı Sağlık Kurum Ağı (Network)	9
2.30. Tazminat	9
2.31. Teminat	9
2.32. Ödeme Yüzdesi	9
2.33. Katılım Payı (Sigortalı Payı)	10
2.34. Yeni İş Poliçesi	10
2.35. Transfer / Geçiş Poliçesi	10
2.36. Yenileme Poliçesi	10
2.37. Acil Durum	10
2.38. Terör	11
2.39. Alternatif Tedavi	11
2.40. Azami İyi Niyet Prensibi	11
2.41. Doğuştan Gelen Hastalık	11
2.42. Doktor	11
2.43. Kaza	11
2.44. Kazanılmış Haklar	11
2.45. Tıbbi Gereklilik	11
2.46. Referans Doktor	11
2.47. Uzaktan Sağlık Hizmeti	11
2.48. Tedavi Masrafları Talep Formu	12
2.49. Aile	12
2.50. Türk Tabipleri Birliği / HUV Güncel Fiyat ve Uygulama Esasları	12
2.51. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)	12
2.52. Katılım Emeklilik Başlangıç Tarihi	12
2.53. İlave Ücretler	12
2.54. Sosyal Güvenlik Kurumu Katılım Payı (SGK Katılım Payı)	12
2.55. Provizyon	12
2.56. Tahakkuk	12
2.57. Doğrudan Ödeme	12
2.58. Sonradan Ödeme	13
2.59. Zeyilname	13
2.60. Triyaj Uygulaması	13
2.60.1. Yeşil alan	13
2.60.2. Sarı Alan	13
2.60.3. Kırmızı Alan	13
2.61. İptal Tarihi	13
2.62. Gün Esaslı İptal	13
2.63. Sağlık Gideri	13
2.64. Aracı	13
2.65. Geri Ödeme Alınamayacak Kurumlar	14
2.66. Vaka	14
2.67. Epikriz	14
2.68. Komplikasyon	14

3. TEMİNATLAR	14
3.1. Yatarak Tedavi Teminatları	14
3.1.1. Ameliyat	14
3.1.2. Hastanede Tedavi (Ameliyatsız Tedavi)	15
3.1.3. Suni Uzuv	15
3.1.4. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavisi	15
3.1.5. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri	15
3.1.6. Küçük Müdahale	16
3.1.7. Oda, Yemek ve Refakatçi Teminatı	16
3.1.8. Yoğun Bakım Teminatı	16
3.1.9. Rehabilitasyon	16
3.1.10. Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi	17
3.1.11. Trafik Kazası Sonucu Çene Cerrahisi ve Diş Tedavisi	17
3.1.12. Evde Bakım	17
3.2. Ayakta Tedavi Teminatları	17
3.2.1. Doktor Muayenesi	18
3.2.2. İlaç	18
3.2.3. Laboratuvar	18
3.2.4. Görüntüleme	19
3.2.5. Modern Teşhis	19
3.2.6. Fizik Tedavi	19
3.3. Yurt Dışı Tedavi Teminatı	19
3.4. Ek Teminatlar	20
3.4.1. Acil Ulaşım	20
3.4.2. Yardımcı Tıbbi Malzeme	20
3.4.3. Doğum Teminatı	21
3.4.4. Doğum Rutin (Mutat) Kontrol Teminatı	21
3.4.5. Yenidoğan Teminatı	21
3.4.6. 40 Yaş Üstü Kontrol Mamografi ve PSA Teminatı	22
3.4.7. Diş Tedavi Teminatı	22
3.4.8. Gözlük-Lens Teminatı	22
3.4.9. Check-Up Teminatı	22
4. BEKLEME SÜRELERİ	23
4.1. Doğum Teminatı Bekleme Süresi	23
5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER	23
6. COĞRAFİ KAPSAM	25
7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI	25
7.1. Limit Uygulaması	25
7.2. Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması	26
7.3. Muafiyet Uygulaması	26
7.4. Kalan Limit Hesaplaması	26
7.5. Sağlık Kurumları Uygulamaları	26
7.6. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi	26
8. TAZMİNAT ÖDEMESİ	27
9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	28
9.1. Poliçenin Yenilenmesi	28
9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi	29
10. PRİM TESPİTİ	30
10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler	30
10.2. Yaş Hesabı	30
10.3. Prime İlişkin Düzenlemeler	30
10.4. Hastalık Ek Primi	30
10.5. Tazminat Kullanımına Bağlı İndirim / Ek Primi	30
10.6. Aile İndirimi	31
10.7. Çocuk Ek Primi	31
10.8. Diğer İndirim ve Kampanyalar	31
10.9. Fark Primi Zeyili	31
11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	31
11.1. Yeni Sigortalı Girişi	31
11.2. Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun Değerlendirilmesi	32
11.3. Devam Eden Poliçe Yeni Giriş İşlemleri	32
11.4. Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)	32
11.5. Katılım Sağlık Bebeği Uygulaması	32
12. GEÇİŞ VE KAZANILMIŞ HAKLAR	32
13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME VE İPTAL ESASLARI	33
13.1. Sigorta Süresi	33
13.2. Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması ve Temerrüt Esasları	33
13.3. Başlangıçtan İptal Hakkı	34
13.4. Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı	34
13.5. Vefat Durumu	34
14. EKLER	35
14.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	35
14.2. Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi	35
14.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	36
14.4. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler	36
14.5. Rücu ve İstirdat Hakkı	36
14.6. Ekonomik Yaptırımlar	36

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta ile Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. bundan sonra “Sigortacı” olarak anılacaktır.

Sigorta sözleşmesinin yürürlükte bulunduğu süre içerisinde poliçede sigortalı olarak belirtilen kişi veya kişiler için sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen kaza ve/veya hastalık/rahatsızlık sonucu oluşabilecek Sigortalı’ya ait sağlık giderlerini, poliçede belirtilen, teminatlar, limitler, ödeme yüzdeleri, muafiyetler, network kapsamında işbu Özel Şartlar ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları, Türk Ticaret Kanunu genel hükümleri ve teminat tablosunda dâhil edilmiş ise Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları, Hayat Sigortası Genel Şartları, Hayat Sigortası Özel Şartları ve yasal düzenlemeler kapsamında güvence altına alır.

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

İşbu Özel Şartlar’da yapılacak değişiklikler, her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren, belirlenen süre sonuna dek geçerli olacaktır.

Sigorta sözleşmesinin süresi 1 yıldır. Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saatiyle öğlen saat 12.00’de başlar ve öğlen saat 12.00’de sona erer.

Bu sözleşme, Sağlık Sigortası Genel Şartları hükümlerine tabi olup, Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK) ile T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından yapılabilecek mevzuat değişiklikleri, yürürlüğe girdiği tarihten itibaren işbu sözleşme için de doğrudan bağlayıcı olacaktır.

2. TANIMLAR

2.1. Sigortacı

Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde kurulmuş ve ilgili branşlarda faaliyet ruhsatı bulunan işbu Özel Şartlar ile düzenlenen sağlık sigorta poliçelerinde sigortacı Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.’dir.

2.2. Sigortalı

Poliçenin maddeleri uyarınca sigortalı olmak üzere başvuru formu doldurmuş ve Sigortacı tarafından kabul edilmiş kişi/kişilerdir.

2.3. Sigorta Ettiren

Sigorta sözleşmesini poliçede belirtilen kişi/kişiler için sigorta poliçesini yapan, sigorta primini ödemeyi kabul eden ve sigortadan doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan gerçek veya tüzel kişidir.

2.4. Poliçe

Sigortacı ile sigorta ettiren arasında akdedilen sigorta sözleşmesinin yasal kanıtı niteliğinde olan; sigortalanan kişi veya kişilere ait kimlik ve risk bilgilerini, sigortanın başlangıç ile bitiş tarihlerini, sağlanan teminatları, limitleri, katılım paylarını, muafiyetleri ve prim ödeme şartlarını içeren, fiziki veya elektronik ortamda düzenlenen resmi belgedir.

2.5. Plan

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Sigortacı’nın ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösteren poliçe üzerindeki bilgidir.

2.6. Poliçe 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’de yürürlüğe girer.

2.7. Poliçe Bitiş 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’de yürürlüğe girer.

2.8. Poliçe Tanzim

Sigorta ettiren/sigortalı tarafından beyan edilen başvuru veya yenileme formu doğrultusunda, Sigortacı tarafından risk analizi yapılarak poliçenin onaylandığı ve resmen düzenlendiği takvim günüdür.

2.9. İlk Sigortalanma Tarihi

Sigortalının özel sağlık sigortası kapsamına ilk giriş yaptığı ve Sigortacı tarafından kabul edilen ilk sigortalanma tarihini ifade eder.

2.10. Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

Sigorta ettiren ve sigortalılar tarafından başvuru veya yenileme formlarında beyan edilen; taraflara ait ev/iş adresi, sabit/cep telefonu ve elektronik posta (e-posta) adresleridir. Bu bilgilerin doğruluğundan, güncelliğinden ve değişikliklerin Sigortacı'ya zamanında bildirilmesinden sigorta ettiren/sigortalı sorumludur.

2.11. Özel Şartlar

Ürüne özel kurallar ve şartları içeren poliçenin ayrılmaz parçasını oluşturan belgedir.

2.12. Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar)

Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK) 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.

2.13. Müşteri Hizmetleri

Sigortalıların sağlık poliçeleri, provizyon süreçleri, anlaşmalı kurum ağları ve acil durum hizmetleri (ambulans vb.) ile ilgili her türlü bilgi, talep, öneri ve şikayetlerini iletebildikleri 0850 226 0 123 numaralı Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. Sağlık İletişim Merkezi hattıdır.

2.14. Grup Sağlık Sigortası

Sigorta ettiren tüzel kişilik ile, bordro, öğrencilik, üyelik gibi ilişkisi olan kişilerin toplu olarak sigortalandığı çekirdek ailenin bir arada yer alabileceği (personel/eş/çocuk) sağlık sigortası türüdür.

2.15. Bireysel Sağlık Sigortası

Bireylerin tek başına veya çekirdek ailenin bir arada yer alabileceği (evlenmemiş çocuklardan, evlat edinilen veya bakmakla yükümlü olduğu resmi belgelerle ispat edilebilen çocuklar dahil) sağlık sigortası türüdür.

2.16. Hastalık

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

2.17. Rahatsızlık

Bir kişinin hekim muayenesini, tıbbi tetkik, teşhis veya tedavi süreçlerini gerektirecek şekilde, objektif ve tıbbi olarak saptanabilen anormal belirti veya bulgulardır.

2.18. Mevcut Hastalık/Rahatsızlık

İlk sigortalanma tarihinden önce tanısı konmuş, semptom vermiş, tetkik veya tedavi edilmiş olan ya da sigortalı tarafından bilinen/bilinmesi gereken, geçmişe sari her türlü hastalık, rahatsızlık ve bunların nüks/komplikasyonlarını ifade eder.

2.19. Başvuru ve Bilgilendirme Formu

Sigortalı adayına ait kimlik, iletişim, sağlık beyanı, banka hesap bilgileri ile tercih edilen ürünün risk parametrelerini (network, teminat, limit, ödeme yüzdesi, muafiyet) ve prim ödeme planını içeren; mevzuat uyarınca yasal aydınlatma yükümlülüğü ve KVKK açık rıza onay süreçlerini barındıran; sigorta ettiren/sigortalı tarafından fiziki veya elektronik ortamda onaylanması zorunlu olan, Sigortacı nezdinde resmi teklif niteliğindeki belgedir.

2.20. Beyan Yükümlülüğü

Sigorta ettiren ve sigortalı, ilk başvuru, yenileme veya poliçe süreci aşamalarında, poliçe kapsamına dahil edilecek her bir aile bireyi (bağımlı) dahil olmak üzere, Sigortacı'nın risk değerlendirmesini etkileyebilecek geçmişteki ve mevcut tüm hastalık, rahatsızlık, semptom ve tedavi geçmişi Sigortacı'ya eksiksiz ve doğru bir şekilde beyan etmekle yükümlüdür. Sigortalı, talep edilmesi halinde teşhis, tetkik sonuçları, doktor raporları ve epikriz özetleri gibi her türlü tıbbi belgeyi Sigortacı'ya sunmakla mükelleftir. Eksik, yanıltıcı veya gerçeğe aykırı beyan durumunda Türk Ticaret Kanunu'nun ilgili hükümleri ile Sağlık Sigortası Genel Şartları uygulanır.

Sigortacı'nın yasal bilgilendirme ve provizyon süreçlerini hatasız yürütebilmesi adına, başvuru ve bilgilendirme formlarındaki iletişim bilgileri eksiksiz doldurulmalıdır. Bu bilgilerde meydana gelebilecek her türlü değişikliğin en geç 10 (on) takvim günü içinde Sigortacı'ya yazılı olarak bildirilmesi gerekmektedir. Bildirilmeyen değişiklikler nedeniyle doğacak hak kayıplarından Sigortacı sorumlu tutulamaz.

2.21. Risk Değerlendirme

Sigorta ettiren veya sigortalının beyanlarını ve/veya sağlık bilgilerini değerlendirerek, sigorta sözleşmesinin yapılmaması ya da hangi şart ve koşullarda sigorta sözleşmesinin kurulacağına dair sigortacı'nın yaptığı değerlendirmedir.

2.22. İstisna

Poliçe başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık, rahatsızlık, şikayetlerin) Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucunda poliçe kapsamı dışında bırakılmasıdır.

2.23. Muafiyet

Tazminat ödemesine konu sağlık giderinin Sigortalı tarafından üstlenilen kısmıdır. Muafiyet, türüne göre Sigortacı'nın sorumluluğu başlamadan uygulanabileceği gibi her işlemde ya da belirli limit aralıklarında da uygulanabilir.

2.24. Hastalık Ek Primi

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.

2.25. Limit

Poliçede her bir teminat için ödenebilecek azami yıllık brüt tazminat tutarıdır. Brüt limit, Sigortacı tarafından ödenebilecek tazminat ile Sigortalı tarafından ödenmesi gereken katılım payları ve muafiyet tutarlarının toplamıdır.

2.26. Prim

Sigortalının seçtiği teminatlar, ödeme yüzdeleri, network yapısı, yaş, cinsiyet, ikamet ili gibi risk profil kriterleri sonucu ortaya çıkan sağlık sigortası bedelidir.

2.26.1. Sağlık Tarife Primi

Tazminat ödemesine konu sağlık giderinin Sigortalı tarafından üstlenilen kısmıdır. Muafiyet, türüne göre Sigortacı'nın sorumluluğu başlamadan uygulanabileceği gibi her işlemde ya da belirli limit aralıklarında da uygulanabilir.

2.26.2. Sağlık Primi

Sağlık Tarife Primi üzerine, ilgili Sigortalı için (varsa) risk değerlendirmesi sonucu hesaplanan "Hastalık Ek Primi"nin ilave edilmesiyle oluşan tutardır.

2.26.3. Sağlık Net Primi

Sağlık Primi üzerine, poliçe özel şartlarına istinaden hak edilen indirimler (hasarsızlık, aile vb.) ile varsa güncel kampanya indirimleri uygulandıktan sonra netleşen prim tutarıdır.

2.26.4. Toplam Poliçe Primi

Sağlık Primi üzerine varsa Hastalık (Hastalık Tazminatı Teminatı Primi), Ferdi Kaza ve/veya Hayat Teminatlarına ilişkin primlerin ve vergi tutarının eklenmesi sonucu oluşan prim tutarıdır. Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

2.27. Sağlık Hizmet Tarifesi

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında Sigortacı ile yapılan özel kurumsal sözleşmelerle belirlenmiş fiyat ve uygulama esaslarını; anlaşmasız sağlık kuruluşlarında veya sonradan ödeme süreçlerinde ise tazminat hesaplamalarına üst sınır teşkil eden referans tarifeleri ifade eder. (Türk Tabipleri Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Türk Dişhekimleri Birliği Tarifesi (TDB) ve benzeri yasal/kurumsal tarifeler).

2.28. Sağlık Kurumu

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

"Sağlık Kurumu/Kuruluşu" ifadesi; otel, huzurevi, bakımevi, nekahethane, yaşlı bakımevi, yetimhane, sanatoryum, kaplıca, termal tesis, zayıflama, detoks veya estetik/güzellik merkezlerini; uyuşturucu ve alkol bağımlılığı tecrit/tedavi merkezlerini; suda doğum ünitelerini (havuz vb.) kapsayacak şekilde yorumlanamaz ve buralarda yapılan harcamalar teminat dışıdır.

2.28.1. Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu

Sigortacı ile aralarında yapılan özel bir sözleşme uyarınca, Sigortalıya sunulan sağlık hizmetlerinin bedelini (Police limitleri, muafiyetleri ve katılım payları düşüldükten sonra) doğrudan Sigortacı'dan tahsil etmeyi kabul eden; Sigortacı tarafından onaylanan (provizyon verilen) hastane, tıp merkezi, doktor, eczane, laboratuvar, görüntüleme ve fizik tedavi merkezleridir.

Sigortacı'nın, "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları Listesi"nde police süresi içinde dilediği zaman değişiklik (ekleme/çıkarma) yapma hakkı saklıdır.

2.28.2. Anlaşmasız Sağlık Kuruluşu

Sigortacı'nın aktif anlaşmalı sağlık kuruluşları ağı (network) içinde yer almayan; sunduğu sağlık hizmetlerine ait giderleri doğrudan Sigortalıdan (nakit/kredi kartı vb.) tahsil eden hastane, tıp merkezi, doktor, eczane, laboratuvar, görüntüleme ve fizik tedavi merkezleridir.

2.28.3. Yurtdışı Sağlık Kuruluşu

T.C. sınırları dışında hizmet veren, ilgili ülke mevzuatınca sağlık kurumu özelliği taşıyan hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, eczane gibi kurumlardır.

2.29. Anlaşmalı Sağlık Kurum Ağı (Network)

Sigorta ettiren tarafından tercih edilen policede yer alan anlaşmalı sağlık kurumlarını (network) ifade eder. Her bir network, Sigortacı tarafından Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasından verilen hizmetler, yerleşim yeri, sözleşme koşulları gibi özellikler dikkate alınarak oluşturulmuştur.

2.30. Tazminat

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları kapsamında teminat dahilinde olduğu onaylanan sağlık giderlerinin; policede tanımlı olan limit, katılım payı, muafiyetler ile varsa Sağlık Hizmet Tarifesi üst sınırları tatbik edildikten sonra Sigortacı tarafından ödenmesine karar verilen net tutardır.

2.31. Teminat

Sağlık Sigortası Genel Şartları, İşbu Özel Şartlar ve police ekinde yer alan teminat tablosu hükümleri çerçevesinde; Sigortalıların kapsama dahil edilen sağlık giderlerinin, Sigortacı tarafından onaylanacağı (provizyon verileceği) ve/veya ödeneceğine dair verilen hukuki ve mali güvencedir.

2.32. Ödeme Yüzdesi

Policede yer alan her bir teminat kapsamındaki sağlık giderlerinin, Sigortacı tarafından karşılanacak olan yüzdesel (%) kısmını ifade eder. Bu oran; gerçekleşen sağlık harcamasından (varsa) muafiyetler ile Sağlık Hizmet Tarifesi (TTB/HUV/SUT vb.) üst sınır aşım farkları düşüldükten sonra hesaplanan net tazminat tutarı üzerinden tatbik edilir ve Sigortalının ödemekle yükümlü olduğu "Katılım Payı" oranını %100'e tamamlayan kısımdır.

2.33. Katılım Payı (Sigortalı Payı)

Poliçede belirtilen teminatlar kapsamında gerçekleşen sağlık giderlerinden; varsa muafiyetler ile Sağlık Hizmet Tarifesi üst sınır aşım farkları düşüldükten sonra, Sigortacı Ödeme Oranını %100'e tamamlayan ve doğrudan Sigortalı tarafından karşılanması zorunlu olan yüzdesel (%) kısım veya tutardır. Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında gerçekleşen işlemlerde katılım payı, Sigortalı tarafından doğrudan ilgili sağlık kuruluşuna ödenir.

2.34. Yeni İş Poliçesi

Sigorta ettirenin Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. Bireysel Sağlık Sigortası ürünlerinden birini tercih ederek sigortalı adına Sigortacı ile akdettiği, sigortalının sistemdeki ilk sigortalılık dönemini oluşturan bireysel sağlık poliçesidir.

2.35. Transfer / Geçiş Poliçesi

Sigorta ettirenin Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. Bireysel Sağlık Sigortası ürünlerinden birini tercih etmesi vesilesiyle; diğer sigorta şirketlerinden veya Sigortacı nezdindeki Grup Sağlık Sigortası poliçelerinden kesintisiz geçiş yapan Sigortalı adına düzenlenen ve geçmiş kazanılmış hakların risk analizi ilkelerine göre devralındığı bireysel sağlık poliçesidir.

2.36. Yenileme Poliçesi

Sigortalının Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. nezdindeki Bireysel Sağlık Sigortası ürünlerinde vade sonuna gelen poliçesinin, bitiş tarihi itibarıyla Özel Şartlar'da belirlenen yasal süre içerisinde ve Sigortacı'nın risk değerlendirmesi neticesinde aralıksız olarak bir yıl daha teminat altına alınmasıdır.

2.37. Acil Durum

Poliçe Genel Şartları ve Özel Şartları'nda belirtilen bekleme süresi ve teminat dışı kalan haller dışında ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısıyla geciktirilmesi mümkün olmayan, tıbbi veya cerrahi tedavi gerektiren ve Sigortacı tarafından acil olduğuna karar verilen durumdur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan acil durumlar:

- 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,
- Suda boğulma,
- Donma,
- Soğuk çarpması,
- Isı çarpması,
- Şuur kaybına neden olan her türlü durum,
- 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,
- Miyokard enfarktüsü,
- Aritmi,
- Ciddi göz yaralanmaları,
- Kurşunlanma, bıçaklanma

2.38. Terör

3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.

2.39. Alternatif Tedavi

Bilimselliği kanıtlanmamış deneysel veya araştırma amaçlı işlemler, well-being, alternatif ve geleneksel tıp yöntemleri (akupunktur, mezoterapi vb.) ile ozon terapisini ifade eder.

2.40. Azami İyi Niyet Prensibi

Sigortacı, işbu sigorta sözleşmesini ve sözleşme şartlarını tamamen sigortalı ve/veya sigorta ettirenin beyanlarına dayalı olarak oluşturur. Bu doğrultuda sigortalı ve/veya sigorta ettiren; başvuru formunda, bilgilendirme formunda ve sözleşmenin tamamlayıcı belgelerinde yer alan tüm sorulara doğru, eksiksiz ve gerçeğe uygun cevaplar vermek, riskin değerlendirilmesini etkileyebilecek tüm hususları Sigortacı'ya bildirmekle yükümlüdür.

Azami iyi niyet; sigorta sözleşmesinden yararlanacak tüm Sigortalıların geçmişteki ve mevcut her türlü hastalık, rahatsızlık, semptom ve genel sağlık durumlarına ilişkin tüm bilgileri tam, açık ve yanıltıcı olmayacak şekilde Sigortacı'ya beyan etmesini ifade eder. Bu prensibin ihlali halinde, Türk Ticaret Kanunu'nun ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın beyan yükümlülüğüne aykırılık hükümleri uygulanır.

2.41. Doğuştan Gelen Hastalık

Kişinin anne karnında veya doğumu anında var olan veya genetik/kromozomal yapıya bağlı olarak sonradan klinik belirti veren her türlü hastalık, kalıtsal anomali, organ eksikliği ve yapısal deformitelerdir.

2.42. Doktor

Sağlık hizmetinin verildiği Coğrafi Bölgede geçerli olan yasalar çerçevesinde resmi olarak tıp doktoru unvanı ve belgesi verilmiş olan kişidir.

2.43. Kaza

Ani, beklenmeyen, istenmeyen, önceden engellenemeyen veya planlanamayan olaylar ve bu olaylardan kaynaklanan hastalık veya yaralanmalardır.

2.44. Kazanılmış Haklar

Bu sigorta sözleşmesinde kazanılmış haklar, İlk Sigortalanma Tarihi ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi haklarını ifade eder.

2.45. Tıbbi Gereklilik

Yapılan teşhis, tetkik ve tedavi işlemlerinin; tıp bilimi tarafından genel kabul görmüş kurallara, hastanın mevcut klinik durumuna, hastalık veya rahatsızlığın semptomlarına uygun, gerekli ve etkili olması durumudur. Bir tetkik, tedavi veya cerrahi müdahalenin hekim tarafından reçete edilmiş ya da uygulanmış olması, tek başına tıbbi gereklilik koşulunun sağlandığı şeklinde yorumlanamaz.

Tıbbi gereklilik hususunda uyuşmazlık çıkması halinde; nihai karar, hastanın tıbbi kayıtları (epikriz, tahlil sonuçları vb.) üzerinden Sigortacı'nın referans hekimi tarafından veya gerek görülmesi durumunda ilgili uzmanlık alanındaki bağımsız bir hakem hekim görüşü doğrultusunda belirlenir.

2.46. Referans Doktor

İşbu sözleşme kapsamında tazminat talebine konu olan teşhis, tetkik ve tedavi işlemlerinin tıbbi gerekliliğini (medikal endikasyonunu), tıp bilimi kriterleri ve poliçe özel şartları çerçevesinde inceleyerek uzmanlık görüşü sunan, Sigortacı tarafından görevlendirilen bağımsız uzman hekim veya hekim heyetidir.

2.47. Uzaktan Sağlık Hizmeti

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin (USH) Sunumu Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre faaliyet izni almış olan sağlık kurumlarında, sağlık meslek mensubunun, sağlık hizmeti talep eden kişiye uzaktan sağlık bilgi sistemi üzerinden sunduğu sağlık hizmetidir.

2.48. Tedavi Masrafları Talep Formu

Sigortalının, anlaşmasız sağlık kuruluşlarında veya provizyon alınamayan durumlarda yaptığı tıbbi harcamalara ilişkin tazminat talebinde bulunabilmesi amacıyla; kendisi ve tedaviyi gerçekleştiren hekim tarafından eksiksiz olarak doldurulup imzalanması gereken, asıl fatura ve diğer tıbbi belgelerle birlikte fiziki ya da dijital kanallar vasıtasıyla Sigortacı'ya sunulması zorunlu olan kurumsal formdur.

2.49. Aile

Bu sözleşme hükümleri uyarınca; Sigortalı kişinin poliçe kapsamına dahil edilen yasal eşi ile Sigortalı'nın kanuni velayeti altında olan (evlat edinilen çocuklar dahil) evlenmemiş çocuklarının bütününe ifade eder.

2.50. Türk Tabipleri Birliği / HUV Güncel Fiyat ve Uygulama Esasları

Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV) tarafından belirlenmiş olan; hastalara sunulan tıbbi hizmetlerin (doktor muayenesi, ameliyat, tetkik vb.) işlem listesini, puanlama/ücretlendirme kriterlerini ve uygulama kurallarını içeren referans esaslardır.

2.51. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)

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

2.52. Katılım Emeklilik Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Sigortacı'da aralıksız devam eden Sağlık Sigortası Poliçeleri'ne ilk giriş tarihidir.

2.53. İlave Ücretler

Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden SGK tarafından belirlenen oranı geçmemek kaydıyla SGK'ya fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden/sigortalılardan alınabilecek fark ücretleridir.

2.54. Sosyal Güvenlik Kurumu Katılım Payı (SGK Katılım Payı)

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.

2.55. Provizyon

Sigortalı'nın tedavisiyle ilgili tercih etmiş olduğu networkte yer alan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında planlanan tedavilerinin karşılanıp karşılanmayacağını gösteren ve ilgili kuruluş tarafından Sigortacı'nın Provizyon Merkezi'nden talep edilen ödeme onayını ifade eder. Bu onay, sağlık giderinin gerçekleştiği tarihte poliçenin yürürlükte olması şartıyla geçerlidir.

Verilen provizyon onayları; sonradan sahte belge kullanımı, kasıtlı yanıltıcı beyan, dolandırıcılık veya sigorta teminatlarının kötü niyetle suistimal edildiğinin saptanması halleri saklı kalmak kaydıyla, poliçe genel ve özel şartları çerçevesinde taahhüt niteliğindedir. İleriye yönelik (ileriki tarihler için) talep edilen provizyonlarda, riskin ve teminat limitlerinin fiilen kesinleştiği tıbbi tahakkuk tarihi esas alınır.

2.56. Tahakkuk

Sigortacı'nın, kendisine ulaşan tazminat taleplerini ve faturaları; Poliçe Genel ve Özel Şartları çerçevesinde nihai finansal ve medikal değerlendirmeye tabi tutarak, tazminat ödeme tutarını kesinleştirdiği ve muhasebe kayıtlarına aldığı yasal aşamadır. Önceden onaylanmış provizyon süreçlerinde bu aşama faturanın kontrol ve ödeme emrini; provizyon alınamayan (sonradan ödemeli) süreçlerde ise tazminat hak edişinin asıl karar mekanizmasını ifade eder.

2.57. Doğrudan Ödeme

Poliçede tercih edilen networke bağlı Anlaşmalı Kurumlarda gerçekleşen sağlık giderleri için, provizyon alınarak, poliçe şartlarında katılım payı/muafiyet olması durumunda sigortalının sadece bu katılımları ödeyerek hizmet almasıdır. Sigortacı tarafından, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacı'nın sorumluluğunda olan kısım sigortalı adına ilgili kuruma ödenir.

2.58. Sonradan Ödeme

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

Yapılan harcama; Poliçe Özel ve Genel Şartları, teminat limitleri, katılım payları ve ilgili Sağlık Hizmet Tarifesi (TTB/HUV/SUT vb.) üst sınırları dahilinde değerlendirilerek onaylanan tutar Sigortalının banka hesabına havale/EFT yoluyla ödenir.

2.59. Zeyilname

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

2.60. Triyaj Uygulaması

Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, 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.

2.60.1. Yeşil alan

Ayaktan başvuran, genel durumu itibarıyla stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır. Yeşil alan kapsamındaki başvurular acil teminatı kapsamında değerlendirilmeyip, poliçede yer alan standart "Ayakta Tedavi" teminatı, limitleri ve katılım payları dahilinde karşılanır.

2.60.2. Sarı 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.

2.60.3. Kırmızı Alan

Hayatı doğrudan tehdit eden, hızlı ve agresif tıbbi yaklaşım ile acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren, hastanın hiç bekletilmeden müdahaleye alınması zorunlu olan kritik durumları ifade eder. Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve en geç 10 (on) dakika içerisinde müdahale edilmesi gereken vakalar bu kapsamdadır.

2.61. İptal Tarihi

Sigorta ettirenin yazılı olarak talep etmesi veya Sigortacı tarafından Genel ve Özel Şartlarda belirtilen hususlardan dolayı cayma veya fesih nedeniyle bu Sigorta Sözleşmesinin iptal edildiği tarihtir.

2.62. Gün Esaslı İptal

Poliçe döneminde sigortalının prim iadesi/iptal işlemlerinde; poliçenin yürürlükte kaldığı gün sayısına göre prim hesaplanması ve kalan günlere ait primin (hasar/prim oranı kriterleri saklı kalmak kaydıyla) sigorta ettirene iade edilmesidir.

2.63. Sağlık Gideri

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

2.64. Aracı

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

2.65. Geri Ödeme Alınamayacak Kurumlar

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

2.66. Vaka

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

- a)** Kişinin bir şikâyetle bağlı olarak gerçekleştirilen ön muayenesi sonucu, şikâyet ile ilgili patolojilerin açığa çıkması veya doğrulanması amacı ile yapılan tüm işlemler aynı vaka olarak değerlendirilir. Bu işlemler şunlardır:
1. İlk hekim muayenesi,
 2. Laboratuvar tetkikleri, görüntüleme işlemleri, (röntgene ilişkin giderler ile tomografi, MRI, Sintigrafi, Endoskopi, Odyografi ve benzeri ileri tetkik giderleri)
 3. Tanı ile ilgili branş hekimlerinin konsültasyonları ve konsültanların istediği tüm tetkikler,
 4. İlk 3 madde sonucu yapılması gereken tüm ayakta, hastanede yatarak yapılan medikal ve cerrahi tedaviler ve bunlara ilişkin oda, refakat, tıbbi malzeme, ilaç ve fizik tedavi giderleri.
- b)** “a” paragrafında belirtilen şikâyetin analizi sırasında tesadüfi olarak ortaya çıkan komşu organ veya uzak organ/sistem patolojileri, ilk tedavi ve hastalık/sendrom bazında ilintisiz bulundukları takdirde farklı vaka olarak nitelendirilirler.
- c)** Ayakta Tedavilerde, aynı vaka olarak tanımlanan bir belirti, bulgu, analiz ve tedavi sonrasında bu vaka ile ilgili ek tüm işlemler 10 (on) takvim gününden sonra farklı bir vaka olarak ele alınır. Aynı vakaya ait ilk 10 (on) takvim gün içerisinde ortaya çıkan komplikasyonlar da aynı vaka içerisinde işlem görür.
- d)** Aynı vaka sürecinde ek bir etkenle (anestezi, ilaç yan tesiri, iatrojeni, stres, komplikasyon) etyoloji bakımından bağımsız yeni bir vaka ortaya çıkarsa ilk vakayı ilgilendiren tetkik ve tedaviler aynı vaka kapsamında, diğerleri farklı bir vaka olarak ele alınır.

2.67. Epikriz

Sigortalının hastaneye yatışından taburcu olana kadar geçen süreçte uygulanan teşhis, tetkik, cerrahi ve medikal tedaviler ile hastanın sağlık durumunu kronolojik olarak özetleyen, tedaviyi gerçekleştiren hekim ve sağlık kuruluşu tarafından imzalanıp kaşelenen resmi tıbbi rapordur. Sonradan ödeme ve provizyon süreçlerinin değerlendirilmesinde temel referans belgedir.

2.68. Komplikasyon

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

3. TEMİNATLAR

3.1. Yatarak Tedavi Teminatları

Sigortalının, poliçe geçerlilik süresi içerisinde ortaya çıkan bir hastalık veya kaza nedeniyle, tam teşekküllü bir sağlık kuruluşunda yatılı olarak tedavi görmesini gerektiren ve tıbben en az 24 (yirmi dört) saat kesintisiz yatış yapılan durumlar "Yatarak Tedavi" olarak değerlendirilir. Tıbbi gereklilik sınırları içinde kalan ameliyatlar, gününbirlik cerrahi müdahaleler ve invaziv girişimlerde 24 (yirmi dört) saat kesintisiz yatış şartı aranmaz ve bu işlemler de Yatarak Tedavi teminatı kapsamında karşılanır. Söz konusu yatarak tedavi giderleri; poliçede tanımlı teminat limitleri, katılım payı oranları, muafiyetler, bekleme süreleri, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları hükümleri çerçevesinde Sigortacı tarafından karşılanır. Ancak, Sigortacı bünyesinde yenilenmeyen poliçelerde bu süre hiçbir şekilde poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 (on) takvim gününü geçemez. Poliçe iptal edildiği veya başka bir sigorta şirketine transfer olduğu takdirde ise, iptal veya transfer saatinden sonra gerçekleşen tedaviler tamamen kapsam dışıdır.

3.1.1. Ameliyat

Tedavinin ameliyat gerektirmesi durumunda; ameliyat öncesi anestezi hekiminin talep ettiği rutin pre-op (ameliyat öncesi) tetkikler (HIV testleri ve Hepatit markerları dahil), ameliyathane kirası, operatör hekim, anestezi uzmanı ve asistan hekim ücretleri, anestezi ilaç ve sarf malzemeleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Ayrıca tıbbi zorunlulukla kullanılan özellikli malzemeler (ICD, vücut içi pompalar, kalp pili, kalp kapakçığı vb.) ile ameliyatla ilgili diğer giderler; koroner anjiyografi, dış gebelik, mol hidatiform, PTCA (Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti), Böbrek Taşı Kırma (ESWL) işlemlerine ilişkin giderler bu teminat kapsamındadır.

Sigortalının, acil tıbbi durumlar haricindeki tüm planlanmış ameliyatları için ameliyatı gerçekleştirecek olan hekim tarafından doldurulacak "Tedavi Masrafları Talep Formu" (veya ilgili medikal bilgi formunun), ameliyat tarihinden en az 48 (kırk sekiz) saat öncesinden onay (provizyon) alınmak üzere Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir.

Teminat kapsamına giren bir ameliyat ile teminat dışı kalan bir işlemin (estetik, kozmetik veya poliçe istisnası olan müdahaleler vb.) aynı seansta bir arada yapılması durumunda ödenebilecek fatura tutarı; ameliyatların Türk Tabipleri Birliği (TTB) Asgari Ücret Tarifesi ve Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV) birimleri doğrultusunda, ağırlıklı ortalama kullanılarak hesaplanır.

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşunda kadrolu olmayan (dışarıdan gelen) hekimlerin gerçekleştirecekleri tüm tetkik, tedavi işlemleri, operasyonlar ve doğum için hekim ve ekibine ödenecek tutar; ilgili poliçede belirtilen Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu limit ve ödeme yüzdesi ile sınırlıdır. Bu sınırı aşan hekim ücreti farklarından Sigortacı sorumlu tutulamaz.

3.1.2. Hastanede Tedavi (Ameliyatsız Tedavi)

Ameliyat gerektirmeyen ve tedavinin tam teşekküllü bir sağlık kuruluşunda tıbben en az 24 (yirmi dört) saat kesintisiz yatış (standart oda veya yoğun bakım) gerektirmesi durumunda oluşan tüm dahili tıbbi giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir. 24 (yirmi dört) saat kesintisiz yatış gerektirmese dahi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanan acil tıbbi durumlara ilişkin acil müdahale, tetkik ve tedavi giderleri bu teminattan karşılanır. Ancak bu uygulamanın esaslarında, işbu Özel Şartlar'ın tanımlar bölümünde yer alan "Triyaj Uygulaması" kuralları dikkate alınır.

Yenidoğan bebeğin hastanede yatışını gerektiren fizyolojik sarılık tedavisi ile fototerapi işlemine ilişkin tüm yataklı tıbbi giderler (bebeğin poliçe kapsamında olması şartıyla) bu teminat altındadır.

Doğası gereği yatış gerektirmeyen rutin ayakta tedavi tetkikleri, kontrol muayeneleri ile poliçede aksi belirtilmedikçe seans bazlı yürütülen kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz süreçleri bu klozun dışındadır ve kendi özel teminat başlıkları altında değerlendirilir.

3.1.3. Suni Uzuv

Sigortalılık süresi içinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu vücut bütünlüğünün kaybedilmesi durumunda; takılması tıbben zorunlu olan ve fonksiyonel kayıpları gidermeyi amaçlayan suni uzuv ve protez giderleri (sunî el, kol, bacak, göz, penil protez) ile bunlara bağlı olarak gerçekleşen rekonstrüktif (onarım) amaçlı cerrahi giderler, poliçede belirtilen "Sunî Uzuv" teminatı limiti ve katılım payı dahilinde karşılanır.

Kanser tedavisi (onkolojik cerrahi) nedeniyle memenin tıbben tamamen veya kısmen alınması (mastektomi) sonrasında, vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılacak rekonstrüktif meme protezi giderleri bu teminat kapsamındadır. Kanser dışı nedenlerle, estetik veya kozmetik amaçlı yapılan her türlü meme protezi, implant ve silikon giderleri tamamen kapsam dışıdır.

İlk sigorta başlangıç tarihinden önce var olan maluliyetler, uzuv kayıpları veya doğumsal anomaliler için kullanılacak sunî uzuvlar ile sigorta başlangıcından önce takılmış mevcut sunî uzuvların/protezlerin yenilenmesine, tamirine, bakımına veya ayarlanmasına ilişkin giderler poliçe kapsamı dışındadır.

3.1.4. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi

Söz konusu tedaviler ve ilgili seans uygulamaları, doğası gereği hastanede kesintisiz 24 (yirmi dört) saat yataklı yatış gerektirmese dahi, "Yatarak Tedavi" teminatı, limitleri ve katılım payı (ödeme yüzdesi) oranları dahilinde değerlendirilir.

Kemoterapi süreçlerinde kullanılacak antineoplastik (kanser) ilaçlarının ve akıllı ilaçların (immünoterapi) karşılanabilmesi için; T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış, Türkiye'de ruhsatlandırılmış ve Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) ile Avrupa İlaç Ajansı (EMA) tarafından ilgili kanser türü için endikasyon onayı verilmiş olması şarttır. Deneyisel veya ruhsatsız ilaç giderleri teminat dışıdır.

Doğrudan kanser ilacı olmamakla birlikte, kemoterapinin yarattığı akut komplikasyonları ve yan etkileri engellemek amacıyla hekim tarafından reçete edilen destekleyici nitelikteki tıbbi ilaç ve serum giderleri de bu kloz sınırları içinde ödenir.

Kanser tedavileri dışında, Hepatit C hastalığının tedavisinde hekim tarafından tıbben zorunlu görülen ve reçete edilen "interferon alpha" etken maddeli ilaçlar (Roferon-A veya Intron A) ile "peginterferon alpha" etken maddeli ilaçların (Pegasys veya Peginteron) giderleri de bu teminat kapsamında ve kuralları dahilinde değerlendirilir.

3.1.5. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkik

Ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın; kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz süreçlerinde tedavinin planlanması, ara kontrollerinin yapılması ve tedavi seanslarına bağlı gelişen akut komplikasyonların takibi için tıbben gerekli görülen tüm laboratuvar tetkikleri, rutin röntgenler ile ileri tanı ve görüntüleme yöntemlerine (PET-CT, Tomografi, MR, Sintigrafi vb.) ilişkin giderler, poliçede belirtilen "Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri" teminat limiti ve ödeme yüzdesi (katılım payı) dahilinde karşılanır.

Poliçede bu teminatın ayrıca tanımlanmamış olması veya tanımlı olan "Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri" teminat limitinin poliçe dönemi içinde tükenmesi durumunda; söz konusu tetkik giderleri, poliçede yer alan standart "Ayakta Tedavi" (Laboratuvar/İleri Tanı) teminat limiti ve katılım payı oranları dahilinde değerlendirilmeye devam edilir.

Bu teminat sadece tanı, kontrol ve laboratuvar tetkik harcamalarını kapsar. Söz konusu tedavilerin uygulandığı esnada oluşan hastane

hizmetleri, hekim ücretleri, venöz port açılması ve ilaç giderleri işbu klozun dışındadır ve doğrudan "Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz Tedavisi (Yatarak)" teminatı altından karşılanır.

3.1.6. Küçük Müdahale

Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV) katsayı listesine göre 149 (yüz kırk dokuz) birime kadar olan cerrahi ve ortopedik müdahaleler; ayakta ya da yatarak yapılmış olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamında değerlendirilir. Bu kapsamda; tüm cilt kesilerine yapılan cerrahi girişimler, kırık ve çıkıklara yapılan müdahaleler, alçı veya atel uygulamaları, yabancı cisim çıkarılması ile tanıdan ziyade tedavi amaçlı lezyonun tamamen çıkarılması suretiyle (eksizyonel) yapılan cerrahi işlemler Küçük Müdahale teminatı altındadır.

Küçük Müdahale teminatı kapsamında gerçekleştirilecek işlemlerde; müdahale sırasında kullanılan tıbbi sarf malzemeleri, ilaçlar ve müdahaleyi fiilen gerçekleştiren hekim ücreti bu teminattan karşılanır. Ancak müdahale öncesinde veya sonrasında yapılan hekim muayeneleri ile teşhis amaçlı tetkik giderleri (laboratuvar, röntgen vb.) bu klozun dışındadır ve ilgili "Ayakta Tedavi" teminatı, limitleri ve katılım payı dahilinde değerlendirilir.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon ve benzeri tıbbi ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri; yapılan işlemin TTB ve HUV tablosundaki baz birimine, yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamında karşılanır.

Dermatolojik rahatsızlıklarda uygulanan PUVA (Ultraviyole ışınıyla deri hastalıklarının tedavisi) seanslarına ilişkin giderler bu teminat limiti dahilinde değerlendirilir.

Aynı seansta gerçekleştirilen birden fazla müdahalenin TTB ve HUV birim toplamı 149 ve daha yukarıda olsa bile; şayet içlerinde tek başına liste birimi 149 ve üzerinde olan bir müdahale bulunmuyor ise, yapılan tüm işlemler bir bütün olarak bu teminat kapsamında işlem görür.

3.1.7. Oda, Yemek ve Refakatçi Teminatı

Sigortalının hastanede yatarak tedavi gördüğü her tam gün için standart tek yataklı özel oda (standart oda) ve hastane yemek giderleri ile 1 (bir) kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçi giderleri, Poliçe Özel ve Genel Şartları hükümleri çerçevesinde karşılanır. Lüks, suit, deluxe oda veya kral dairesi gibi kategorilerde yatış yapılması halinde; oda, yemek ve refakatçi giderleri için, tedavi olunan ilgili sağlık kuruluşunun standart tek kişilik oda fiyat tarifi esas alınarak ödeme yapılır; oluşan fiyat farkı tamamen Sigortalı tarafından karşılanır.

Akut kazalar sonucu oluşan yatarak tedaviler hariç olmak üzere, hastalık nedeniyle gerçekleşen tedavilerde sağlık kuruluşlarında yatış süresi; 1 (bir) yıllık sigorta dönemi içinde maksimum 180 (yüz seksen) gün, sigortalının yaşamı boyunca ise toplam 720 (yedi yüz yirmi) gün ile sınırlıdır. Bu limitlerin aşılması halinde, yatarak tedavi teminatı kapsamındaki tüm giderler poliçe dışı (kapsam dışı) kalır.

Toplam yatış süresi hesaplanırken; standart oda yatışları yapılan her 1 (bir) gün için limit havuzundan 1 (bir) gün olarak düşülür. Yoğun bakım ünitelerinde yapılan yatışlar ise her 1 (bir) gün için 2 (iki) gün sayılmak suretiyle toplam yatış süresi limitinden mahsup edilir.

Yaş sınırı olmaksızın; tedaviyi gerçekleştiren hekimin tıbbi gerekçeli raporu doğrultusunda veya Sigortalının çocuk/yaşlı/bakıma muhtaç olması gibi durumlarda, Sigortacı'nın medikal onayı (provizyonu) alınmak kaydıyla refakatçinin yatak ve hastane yemek giderleri bu teminat limiti ve oranları dahilinde değerlendirilir.

3.1.8. Yoğun Bakım Teminatı

Sigortalının hayati önem taşıyan tıbbi durumlar nedeniyle tam teşekküllü bir sağlık kuruluşunun Yoğun Bakım, Koroner Yoğun Bakım veya Yenidoğan Yoğun Bakım ünitelerinde yatırılarak tedavi edilmesini gerektiren hallerde oluşan tüm yoğun bakım yatak ve tedavi giderleri, Poliçe Özel ve Genel Şartları hükümleri çerçevesinde karşılanır.

Akut kazalar sonucu oluşan tedaviler hariç olmak üzere, hastalık nedeniyle gerçekleşen yoğun bakım yatışları yıllık maksimum 90 (doksan) gün ile sınırlıdır. Toplam yataklı tedavi süresi ise bir (1) yıllık sigorta dönemi içinde 180 (yüz seksen) gün, sigortalının yaşamı boyunca ise toplam 720 (yedi yüz yirmi) günü aşamaz. Bu limitlerin üzerindeki yoğun bakım ve yatış giderleri tamamen kapsam dışıdır.

Toplam yataklı tedavi süresi (180/720 gün) havuzundan düşüm yapılırken; standart oda yatışları her 1 (bir) gün için 1 (bir) gün olarak mahsup edilir. Yoğun bakım ünitelerinde geçirilen süreler ise her 1 (bir) gün için 2 (iki) gün sayılmak suretiyle toplam poliçe yatış süresi limitinden düşülür.

Yoğun bakım ünitelerinin tıbbi işleyişi ve izolasyon kuralları gereği, Sigortalının yoğun bakım ünitesinde yattığı süre boyunca gerçekleştirilecek hiçbir refakatçi oda, yemek veya benzeri gideri bu teminat kapsamında değerlendirilmez ve Sigortacı tarafından ödenmez.

3.1.9. Rehabilitasyon

Sigortalının, yürürlükteki poliçe süresi içerisinde "Yatarak Tedavi" teminatı kapsamında gerçekleşmiş tıbbi tedavisi ile doğrudan bağlantılı olan rehabilitasyon giderleri karşılanır. Bu teminatın geçerli olabilmesi için, hastaneden taburcu olunan tarihten itibaren en geç 60 (altmış)

takvim günü içerisinde başvuruda bulunulması ve Sigortacı'nın medikal onayı (provizyonu) alınması şarttır. Onaylanan harcamalar, poliçede belirtilen ilgili teminat limiti ve ödeme yüzdesi (katılım payı) dahilinde karşılanır.

Aşağıda belirtilen spesifik tıbbi durumlar ve komplikasyonlar bu teminat bütünü içinde değerlendirilir; Serebral (beyin) veya spinal (omurilik) travmalar, Serebrovasküler olaylar (inme/felç) ve hemiplejiler, Nörojenik mesane rahatsızlıkları, Nörolojik hastalıklar sonrası ortaya çıkan spastisite süreçleri, Doğuştan olmayan (sonradan edinilmiş) nörolojik kas hastalıkları, Spinal müsküler atrofiler (SMA), miyopatiler ve müsküler distrofiler.

3.1.10. Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi

Sigortalılık süresi içinde geçirilen travma ve ortopedik ameliyatlar sonrasında tıbben gerekli görülen ortopedik rehabilitasyon süreçleri, implante edilen protezlerin kullanım eğitimi ve eklem kontraktürlerinin açılmasına yönelik fizik tedavi giderleri karşılanır. Bu teminatın geçerli olabilmesi için, hastaneden taburcu olunan tarihten itibaren en geç 60 (altmış) takvim günü içerisinde başvuruda bulunulması ve Sigortacı'nın medikal onayı (provizyonu) alınması şarttır. Onaylanan giderler, poliçede belirtilen ilgili teminat limiti, (varsa) yıllık seans sınırı ve ödeme yüzdesi (katılım payı) dahilinde karşılanır.

Fizik tedavi uygulamasının aynı gün içerisinde birden fazla vücut bölgesine yapılması durumunda, her bir bölgeye yapılan uygulama hasar sisteminde ayrı birer seans olarak değerlendirilir ve limitlerden ayrı ayrı düşülür.

Hastanede yatarak tedavi gören sigortalıların, sadece fizik tedavi süreçleri sebebiyle hastanedeki yatış sürelerinin uzaması halinde; fizik tedavi seans ücretleri dışındaki ek hastane giderleri (ek oda, refakatçi, yemek veya ilintisiz harcamalar) bu teminat kapsamında değerlendirilmez ve Sigortacı tarafından karşılanmaz.

3.1.11. Trafik Kazası Sonucu Çene Cerrahisi ve Diş Tedavisi

Resmi makamlarca düzenlenen trafik kaza tespit tutanağı ve hekim raporu ile belgelenmek kaydıyla; sigorta süresi içinde gerçekleşmiş trafik kazası sonucu zedelenmiş veya hasar görmüş dişlerin eski hallerini alması amacıyla, diş hekimlerince yapılan diş ve çeneye uygulanan her türlü tıbbi ve cerrahi müdahale ile diş protezlerine ait giderler bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Altın, platin gibi kıymetli madenlerden yapılan kaplamalar ile bunlara ilişkin ek malzeme ve laboratuvar giderleri bu teminatın kapsamı dışındadır.

Trafik kazası sonucu dişlerin uğradığı hasarların giderilmesi dışındaki tüm rutin, kronik veya genel diş tedavilerine ait giderler Sigortacı tarafından ödenmez.

3.1.12. Evde Bakım

Sigortalının tam teşekküllü bir sağlık kuruluşundaki yatarak tedavisi (cerrahi veya dahili yatışı) sonrasında; söz konusu tedavinin devamı niteliğinde olan ve sadece diplomalı tıbbi personel (hemşire, sağlık memuru vb.) tarafından sigortalının kendi evinde uygulanan tıbbi bakım ve tedavi giderleri karşılanır.

Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için aşağıdaki koşulların bir arada sağlanması zorunludur:

- Tedaviyi gerçekleştiren uzman hekim tarafından, sigortalının hastaneden taburcu olurken tedavisinin tıbbi gerekçelerle evde bir sağlık personeli eşliğinde sürdürülmesi gerektiğini belirten resmi bir raporun düzenlenmesi ve Sigortacı'ya iletilmesi gerekir.
- Evde verilecek tıbbi hizmetin içeriği, günlük ziyaret sıklığı ve öngörülen toplam tedavi süresi, evde bakım hizmeti fiilen başlamadan önce Sigortacı'nın medikal onayına (provizyonuna) sunulmalı ve onay alınmalıdır. Ön onay alınmaksızın başlatılan evde bakım harcamaları teminat kapsamı dışındadır.
- Onaylanan giderler, poliçede belirtilen "Evde Bakım" teminat limiti, katılım payı oranları ve (varsa) plan paketinde tanımlı maksimum süre/gün sınırları dahilinde karşılanır.

Bu teminat sadece aktif ve akut tıbbi bakım işlemlerini kapsar. Sigortalının; günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, yatağa bağımlı kalması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinim duyması, ağız yoluyla (oral) ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor olması, kronik takipli üriner kateter bulunması, evde yalnız yaşaması veya sosyal desteğe gereksinimi olan kronik bir hastalığının bulunması gibi sosyal, geriatrik, palyatif veya kişisel bakım/destek niteliğindeki durumlar bu teminatın kapsamı dışındadır ve bu yöndeki giderler Sigortacı tarafından ödenmez.

3.2. Ayakta Tedavi Teminatları

Sigortalının, poliçe geçerlilik süresi içerisinde ortaya çıkan bir hastalık veya kaza nedeniyle, tam teşekküllü bir sağlık kuruluşunda 24 (yirmi dört) saat kesintisiz yatışını gerektirmeyen durumlar "Ayakta Tedavi" olarak değerlendirilir. Bu kapsamda gerçekleştirilen; hekim muayenesi, ilaç, tanısal görüntüleme (radyoloji) işlemleri, laboratuvar tahlilleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon seanslarına ait sağlık giderleri; poliçede tanımlı teminat limitleri, katılım payı (ödeme yüzdesi) oranları, muafiyetler, bekleme süreleri, işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları hükümleri çerçevesinde Sigortacı tarafından karşılanır.

3.2.1. Doktor Muayene

Sigortalının bir kaza, hastalık veya rahatsızlık nedeniyle; T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş sağlık kuruluşlarında görevli veya özel muayenehane açmaya yetkili tıp hekimleri tarafından yapılan muayenelerine ilişkin giderler, Poliçe Özel ve Genel Şartları hükümleri çerçevesinde poliçede belirtilen teminat limiti ve katılım payı (ödeme yüzdesi) oranında karşılanır.

Tıbbi bir hastalık belirtisi olmasa dahi; rutin jinekolojik muayeneler, rutin göz muayeneleri ile 0-6 (sıfır-altı) yaş arası çocukların periyodik rutin büyüme/gelişim kontrollerine ait hekim muayene giderleri bu teminat kapsamı dahilinde değerlendirilir.

İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olmak kaydıyla; muayene tarihini takip eden 10 (on) takvim günü içerisinde aynı hekim veya aynı sağlık kuruluşundaki aynı branş hekimi tarafından yapılan kontrol muayeneleri kapsam dışıdır.

Poliçede aksine net bir ek teminat kloz maddesi bulunmadığı süreçte, diş hekimleri tarafından düzenlenen muayene faturaları ve dental işlem muayeneleri tamamen teminat kapsamı dışındadır.

3.2.2. İlaç

Hekim tarafından düzenlenen fiziki veya elektronik reçetede (e-reçete) yazılı olan, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış farmasötik ürünler ve poliçe teminat kapsamı içinde yer alan aşılar; hekim reçetesi (veya e-reçete numarası/dökümü), İlaç Takip Sistemi (ITS) barkod çıktısı ve eczane asıl faturası/fişi ile belgelenmiş olması koşuluyla bu teminat kapsamında karşılanır.

Her reçetede, aksi tıbben zorunlu olmadıkça en fazla 1 (bir) aylık tedavi dozuna tekabül eden ilaç giderleri karşılanır.

Poliçe kapsamında olan kronik hastalıklar için sürekli kullanılması gereken ilaçlar; ilacın aralıksız kullanılma nedenini, gerekçesini ve dozunu belirten resmi hekim raporu (e-rapor) fotokopisi ile üzerinde sürekli kullanım ibaresi yer alan reçetenin Sigortacı'ya iletilmesi halinde, poliçe dönemine denk gelen rapor süresi boyunca karşılanmaya devam edilir.

Reçetede belirtilen ilaç dozu dikkate alınarak yapılan sistemsel hesaplama göre, ilacın tıbbi kullanım süresi dolmadan aynı etken maddeli yeni ilaç talepleri kabul edilmez.

Reçetenin yazıldığı (sisteme girildiği) tarihten itibaren en geç 5 (beş) takvim günü içerisinde ilaçlar eczaneden satın alınmalıdır. 5 (beş) günlük yasal sürenin aşılması durumunda reçete geçersiz sayılır ve hasar işlemi yapılmaz.

Düzenlenen reçetelerde veya e-reçete dökümlerinde; sağlık kuruluşunun resmi protokol numarası, Sigortalıya konulan kesin teşhis (tanı), reçeteyi düzenleyen hekimin diploma tescil numarası, uzmanlık dalını gösteren kaşesi ve ıslak/elektronik imzasının bulunması zorunludur. Bu formata uymayan veya eksik bilgi içeren reçeteler işleme alınmaz. İşyeri hekimleri tarafından kurum personeli adına düzenlenen reçeteler de bu format kurallarına uymak kaydıyla teminat kapsamındadır.

Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili (eş değeri) bulunmayan ithal ilaçlar; U.S. Food and Drug Administration (FDA) veya EMA onaylı olması, Sağlık Bakanlığı ithalat izinlerinin bulunması ve Türkiye'ye yasal yollarla Türk Eczacıları Birliği (TEB) aracılığıyla getirilmiş olması şartıyla bu teminat limiti dahilinde değerlendirilir.

Tedaviyi gerçekleştiren hekimin gerekli gördüğü vitaminler, serum fizyolojik preparatlar, antihistaminik ilaçlar ile astım ve alerjik rinit tedavisi için kullanılan spreyler, T.C. Sağlık Bakanlığı onaylı olmak şartıyla teminattan karşılanır.

Sadece jinekolojik bir hastalığın (kist, hormonal bozukluk vb.) tedavisi amacıyla tıbbi zorunlulukla reçete edilen doğum kontrol hapları bu teminattan karşılanır; aile planlaması veya korunma amaçlı kullanımlar kapsam dışıdır.

Reçete edilen kapsam dahilindeki ilaçların vücuda uygulanması amacıyla yapılan her türlü enjeksiyon (İM, İV, intraartiküler-eklem içi ve tetik nokta enjeksiyonları gibi) hizmet ve tıbbi malzeme giderleri bu kloz altından ödenir.

3.2.3. Laboratuvar

Sigortalının şikayetine bağlı olarak gerçekleşen hekim muayenesi neticesinde; kesin teşhis (tanı) veya tedavi takibi için tıbben gerekli görülen ve hekim tarafından fiziki ya da elektronik ortamda (sistem üzerinden) talep edilen her türlü biyokimya, mikrobiyoloji, hematoloji, immünoloji ve patoloji laboratuvar tahlillerine ait giderler karşılanır. Bu harcamalar, poliçede belirtilen "Laboratuvar" teminat limiti ve katılım payı (ödeme yüzdesi) oranında değerlendirilir.

Hepatit marker testlerine (Hepatit B, C vb. tarama tahlillerine) ait giderler; ancak ve sadece karaciğer enzim değerlerinin (AST, ALT vb.) laboratuvar sonuçlarında normal referans aralıklarının üzerinde çıktığının tıbben belgelenmesi veya aktif bir karaciğer hastalığı şüphesinin bulunması durumunda bu teminat kapsamında karşılanır. Herhangi bir klinik belirti veya enzim yüksekliği olmaksızın yapılan rutin taramalar kapsam dışıdır.

Kadın sigortalılar için tarama veya kontrol amacıyla yılda en fazla 1 (bir) adetle sınırlı olmak üzere rutin pap-smear testi giderleri bu teminat kapsamı dahilinde karşılanır.

Laboratuvar hasar taleplerinin ve provizyonlarının onaylanabilmesi için; teşhisi içeren muayene dökümü (hekim istemi) ile birlikte tetkik sonucunu gösteren resmi laboratuvar sonuç raporunun Sigortacı'ya sunulması zorunludur.

3.2.4. Görüntüleme

Sigortalının şikayetine bağlı olarak gerçekleşen hekim muayenesi neticesinde; hastalığın teşhisi için tıbben gerekli görülen ve hekim tarafından talep edilen ultrasonografi (USG), mamografi, ilaçlı ve ilaçsız röntgen grafileri, Elektrokardiyografi (EKG), odyometri (işitme testi), Elektromiyografi (EMG), ürografi ve benzeri rutin tanısal görüntüleme/tetkik giderleri ile bu işlemler esnasında kullanılan kontrast maddeler, kimyasal ajanlar ve tıbbi ilaçlara ait giderler karşılanır. Bu harcamalar, poliçede belirtilen "Görüntüleme" teminat limiti ve katılım payı (ödeme yüzdesi) oranında değerlendirilir.

Radyolojik tetkik ve görüntüleme işlemlerine (ultrasonografi - USG vb.) ilişkin giderler teminat kapsamı içerisindedir.

Görüntüleme hasar taleplerinin ve provizyonlarının onaylanabilmesi için; teşhisi içeren muayene dökümü (hekim istemi) ile birlikte, işlemi gerçekleştiren uzman hekim tarafından imzalanmış resmi "Radyoloji/Tetkik Sonuç Raporu"nun Sigortacı'ya sunulması zorunludur.

3.2.5. Modern Teşhis

Sigortalının poliçe süresi içinde ortaya çıkan şikayet ve semptomlarına bağlı olarak gerçekleşen hekim muayenesi neticesinde; hastalığın kesin teşhisi, evrelemesi veya takibi için tıbben gerekli görülen yüksek teknolojiye dayalı ileri tanı yöntemlerine ait giderler karşılanır. Bu kapsamda; Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans (MR), anjiyografi (koroner anjiyografi hariç), sintigrafi ve benzeri ileri tanımsal görüntüleme giderleri ile bu işlemler esnasında kullanılan kontrast maddeler, kimyasal ajanlar ve tıbbi ilaçlara ait harcamalar bu teminat altındadır.

Kesin tanıya yönelik olarak hastanede yatış yapılmaksızın gerçekleştirilen aşağıdaki girişimsel tetkikler ve endoskopik işlemler de bu teminat limiti dahilinde karşılanır: Diagnostik (tanısal) artroskopi ve diagnostik laparoskopi, Kolonoskopi, gastroskopi, sistoskopi, bronkoskopi, mediastinoskopi, Tanı amaçlı insizyonel biyopsiler, iğne biyopsileri ve ultrasonografi (USG) ya da MR eşliğinde yapılan biyopsi işlemleri, MR eşliğinde yapılan anjiyografiler (koroner anjiyografi hariç).

Modern Teşhis kapsamındaki işlemlerin hasar veya provizyon onayının verilebilmesi için; muayeneyi yapan hekimin klinik gerekçeli tetkik istemi (endikasyon belgesi) ile birlikte, işlemi gerçekleştiren uzman hekim tarafından imzalanmış resmi "Tetkik Sonuç Raporu"nun (Tomografi/MR raporu, patoloji veya endoskopi raporu vb.) Sigortacı'ya sunulması zorunludur.

3.2.6. Fizik Tedavi

Sigortalının şikayetlerine bağlı olarak gelişen ve tıbben gerekli görülen ayaktan fizik tedavi giderleri; Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi tarafından düzenlenen resmi tedavi planı ve medikal raporun incelenmesi neticesinde, tedavi seansları filen başlamadan önce Sigortacı tarafından onay (provizyon) verilmesi koşuluyla karşılanır. Onaylanan giderler, poliçe teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı (ödeme yüzdesi) dahilinde bu teminat kapsamındadır.

Poliçede yatarak tedavi altında yer alan "Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi" teminatının tanımlanmamış olması veya o teminat limitinin poliçe dönemi içinde tükenmesi durumunda; geçirilen ameliyatlara bağlı fizik tedavi harcamaları da bu "Fizik Tedavi" teminatı limit ve kuralları dahilinde kapsamda değerlendirilir. Poliçe teminat tablosunda "Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi" teminatının tanımlı olması ancak bu teminata ait bütçenin/limitinin poliçe dönemi içinde tüketilmiş olması durumunda; harcamalar hiçbir şekilde bu ayakta tedavi klotuna devredilemez ve bu teminattan karşılanamaz.

Fizik tedavi uygulamasının aynı gün içerisinde birden fazla vücut bölgesine yapılması durumunda; her bir bölgeye uygulanan tedavi, hasar sisteminde ayrı birer (1) seans olarak değerlendirilir ve poliçede (varsa) tanımlı yıllık seans limitlerinden ayrı ayrı mahsup edilir.

Bu teminat sadece ayaktan yürütülen seans ücretlerini kapsar. Fizik tedavi uygulaması esnasında veya sonrasında sağlık kuruluşları tarafından faturalandırılan oda, yemek, refakatçi, rutin hekim takibi, pansuman, enjeksiyon ve benzeri diğer genel hastane giderleri tamamen teminat kapsamı dışındadır ve Sigortacı tarafından karşılanmaz.

3.3. Yurt Dışı Tedavi Teminatı

İşbu sigorta teminatları, kesintisiz olarak Türkiye'de ikamet eden kişiler için geçerli olup; Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.) sınırları dışında, poliçe teminat tablosunda "Yurt Dışı" kapsamı açıkça tanımlanmış olan planlar için geçerlidir.

Sigortalının yurt dışı teminatından faydalanabilmesi için; sağlık giderinin gerçekleştiği olay tarihinden geriye dönük son 1 (bir) yıl içerisinde, T.C. ve K.K.T.C. sınırları dışındaki ülkelerde bulunduğu toplam sürenin 90 (doksan) takvim gününü geçmemiş olması şarttır. Bu sürenin hesaplanmasında sigortalının pasaportundaki giriş-çıkış damga tarihleri esas alınır. Sınır kapılarından giriş ve çıkış yapılan seyahat günleri de yurt dışında geçirilen toplam süreye dahil edilir. Sigortacı, gerekli görmesi halinde Sigortalıdan e-Devlet kapısı üzerinden alınan resmi "Yurda Giriş-Çıkış Belge Sorgulama" dökümünü talep etme hakkına sahiptir. 90 (doksan) günlük kalış sınırının aşılması durumunda, yurt dışında gerçekleşen tüm sağlık giderleri tamamen kapsam dışıdır.

Sigortalı, yurt dışındaki tedavilerine ait harcamaları kredi kartı ile yapmış ise; kredi kartı ekstresini (hesap özeti) veya banka onaylı ödeme slipini Sigortacı'ya sunmakla yükümlüdür. Ödemenin nakit olarak yapılması durumunda ise, ilgili sağlık kuruluşundan alınan resmi tahsilat makbuzunun aslı ibraz edilmelidir.

Yurt dışında düzenlenen faturalar, tıbbi raporlar, epikriz özetleri ve tetkik sonuçları; İngilizce dışındaki bir dilde ise, harcamaların değerlendirilebilmesi için yeminli bir tercüman tarafından yapılmış Türkçe tercümeleriyle birlikte gönderilmesi zorunludur. Tercüme/çeviri ücretleri tamamen Sigortalı tarafından karşılanır.

Yurt dışı tedavi giderlerine ilişkin tazminat ödemelerinde, fatura tarihindeki Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası (TCMB) Döviz Satış Kuru dikkate alınır. Hesaplanan tazminat tutarı, poliçe teminat tablosunda belirtilen limitler ve katılım payı (ödeme yüzdesi) oranları dahilinde Türk Lirası (TL) olarak Sigortalının banka hesabına ödenir.

3.4. Ek Teminatlar

Poliçede ana yapı olarak sunulan Yatarak Tedavi, Ayakta Tedavi ve (tanımlanmış ise) Yurt Dışı Tedavi teminat gruplarının kapsamı dışında kalan; sigorta ettirenin talebi ve Sigortacı'nın onayıyla poliçeye isteğe bağlı olarak dahil edilebilen diğer tüm özel teminatları ifade eder. Ek teminatlar, düzenlenen her sağlık sigortası poliçesinde standart veya otomatik olarak yer alan birer hak değildir. Bu teminatların geçerli olabilmesi için, poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda (plan içeriğinde) isimlerinin, limitlerinin, katılım payı (ödeme yüzdesi) oranlarının veya muafiyetlerinin açıkça belirtilmiş ve satın alınmış olması zorunludur.

Poliçede aksi net bir klos maddesiyle kararlaştırılmadığı sürece; Ek Teminatlar kapsamında sunulan tüm hizmet, tetkik ve tedaviler de işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın kısıtlama, bekleme süresi ve genel istisna (teminat dışı kalan haller) hükümlerine doğrudan tâbidir.

3.4.1. Acil Ulaşım

İşbu Özel Şartlar'da tanımlanan "Acil Durum" kriterlerine uyan hallerde; Sigortalının yerinde tıbbi müdahalesi ve/veya donanımlı en yakın sağlık kuruluşuna nakli için, 0850 226 0123 numaralı Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. Sağlık İletişim Merkezi'nin aranması ve hizmetin şirket aracılığıyla organize edilmesi koşuluyla, ambulans hizmetinin verilebildiği coğrafi bölgelerde bu teminattan yararlanılır.

Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kuruluşuna kara yolu ile ulaştırılmasının tıbben mümkün olmadığı durumlarda; poliçede bu teminatın açıkça yer alması, hastanın detaylı tıbbi evraklarının (epikriz, acil hekim raporu vb.) Sigortacı'ya ulaştırılması ve Sigortacı'nın medikal onay (provizyon) vermesi kaydıyla hava (uçak/helikopter) veya deniz ambulans hizmeti Sigortacı tarafından organize edilir. Bu hizmetin onaylanabilmesi için aşağıdaki şartların bir arada bulunması zorunludur;

- Sigortalının bulunduğu coğrafi yerleşim yerinde veya sağlık merkezinde acil müdahale ve tedavisinin tıbben kesinlikle mümkün olmaması,
- Sigortalının mevcut akut sağlık durumunun, hayati tehlike yaratmaksızın en yakın donanımlı sağlık merkezine kara ambulansı ile taşınmasına hiçbir şekilde uygun olmaması.

Bu teminat yalnızca Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) sınırları içerisinde geçerlidir. Uluslararası (ülkeler arası) ambulans ile taşıma ve nakil hizmetleri tamamen poliçe kapsamı dışındadır.

Tıbbi zorunluluk taşımayan, hayati tehlike arz etmeyen, sadece hastaneler arası keyfi yer değiştirme veya evden eve nakil amaçlı ambulans talepleri bu teminat kapsamında değerlendirilmez.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. Sağlık İletişim Merkezi bilgisi ve onayı dışında, Sigortalı veya yakınları tarafından haricen çağrılan (belediye, özel şirket vb. üçüncü şahıslara ait) ambulanslara ilişkin harcama karşılanmaz ve sonradan ödeme yapılmaz.

3.4.2. Yardımcı Tıbbi Malzeme

Sigortalının poliçe geçerlilik süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak; tedaviyi gerçekleştiren uzman hekim tarafından tıbbi gerekçesi raporda belirtilerek reçete edilmesi kaydıyla, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan yardımcı tıbbi malzemelere ait giderler karşılanır.

Bu teminat kapsamında ve poliçe teminat tablosunda belirtilen limitler ile katılım payı (ödeme yüzdesi) dahilinde; atel, elastik bandaj, ortopedik tabanlık, ortopedik bot, boyunluk, varis çorabı, koltuk değneği, dizlik, bileklik, kol askısı, oturma simidi, tıbbi nebulizatör (ilaç soluma cihazı), işitme cihazı, yanık veya yara tedavisinde kullanılan tıbbi örtücü malzemeler ve benzeri tıbbi amaçlı harici destek aparatları değerlendirilir.

Teminat kapsamındaki işitme cihazı, nebulizatör ve benzeri cihazların periyodik bakımları, tamirleri, pilleri, şarj aparatları ve her türlü sarf malzemesi bedelleri tamamen teminat kapsamı dışındadır.

Eklene "ve benzeri" ifadesi; uyku apnesi cihazları (CPAP/BPAP), oksijen konsantratörleri, mekanik veya akülü tekerlekli sandalyeler, hasta karyoları, ortopedik yatak ve yastıklar, ev tipi tansiyon/şeker ölçüm cihazları gibi yüksek maliyetli her türlü diğer demirbaş niteliğindeki medikal cihazı ve ev konfor artırıcı malzemeleri kapsayacak şekilde genişletilemez; bu sayılanlar tamamen kapsam dışıdır.

3.4.3. Doğum Teminatı

Poliçede bu teminatın açıkça yer alması ve poliçe özel şartlarında düzenlenen doğum bekleme sürelerinin tamamlanmış olması kaydıyla; normal doğum veya sezaryen işlemlerine ait hastane hizmetleri ve hekim ücretleri karşılanır. Ayrıca hamilelik döneminde tıbbi zorunluluk halinde yapılan amniyosentez işlemi ile gebelik süresince ortaya çıkan düşük, tıbbi zorunluluk arz eden yasal kürtaj süreçleri ve gebelik/doğum komplikasyonlarına bağlı yataklı hastane yatış giderleri, poliçede belirtilen limit ve katılım payı (ödeme yüzdesi) dahilinde bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Poliçede asıl sigortalı veya bağımlı eş konumunda yer alan 18 (on sekiz) yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar için tercih edilebilir. Doğum eylemine (normal doğum veya sezaryen) ilişkin hastane ve hekim giderleri, 1 (bir) yıllık poliçe dönemi içerisinde sadece 1 (bir) defaya mahsus olmak üzere ödenir; mükerrer doğum harcamaları karşılanmaz.

Kürtaj (gebelik sonlandırılması) giderlerinin bu teminattan karşılanabilmesi için; yasal mevzuata uygun olarak, anne karnındaki bebeğin tıbben kalbinin durması, yaşamla bağdaşmayan ağır bir anomalinin saptanması veya gebeliğin annenin hayatını doğrudan tehdit etmesi nedeniyle resmi heyet/hekim raporuyla "tıbbi tahliye zorunluluğunun" belgelenmesi şarttır. İsteğe bağlı veya tıbbi gerekçesi bulunmayan gebelik sonlandırmaları tamamen kapsam dışıdır.

Uzman hekim tarafından tıbben uygun görülüp cerrahi/girişimsel olarak uygulanan; tüp ligasyonu (kadında tüplerin bağlanması) ve rahim içi araç (RİA/spiral) takılması/uygulanması işlemlerine ait hekim ve hastane giderleri karşılanır. Onaylanan harcamalar, poliçe teminat tablosunda belirtilen limit ve katılım payı (ödeme yüzdesi) oranları dahilinde bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Bu teminat kapsamındaki cerrahi operasyonlar ve girişimsel uygulamalar (tüp ligasyonu vb.), poliçe özel şartlarında yer alan 12 (on iki) aylık doğum ve annelik bekleme süresi şartına tabidir. İlk sigortalanma tarihinden itibaren 12 (on iki) ay geçmeden yapılan planlı aile planlaması cerrahileri ve spiral uygulamaları karşılanmaz.

Katılım Sağlık Bebeği uygulama şartları aşağıdaki gibidir;

Asıl Sigortalının poliçesinde doğum teminatının bulunması ve bu teminattan yararlanmaya hak kazanmış olması koşuluyla; yeni doğan bebeklerin doğum tarihinden itibaren en geç 30 (otuz) takvim günü içerisinde poliçeye dahil edilebilmesi için Sigorta Ettiren/Sigortalı tarafından başvuruda bulunulması zorunludur. Başvuru esnasında bebeğe ait hastane çıkış epikrizi, yapılan tüm tıbbi tetkik sonuçları ve bebek sağlık beyan formunun Sigortacıya eksiksiz sunulması gerekir.

Doğum tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) takvim gün içinde başvurusu yapılan ve risk analizi sonucunda sağlıklı olduğu tespit edilen bebeklerin sigortaya kabulünde aşağıdaki özel haklar tanınır:

- Bebeğin poliçe başlangıç tarihi, fiili doğum tarihi olarak sisteme işlenir.
- Poliçede yer alan hastalık bekleme süreleri bebek için uygulanmaz.
- Bebeğe, kesintisiz sigortalılık şartıyla "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilir.
- Bebeğin mevcut durumu için herhangi bir hastalık istisnası (muafiyeti) uygulanmaz; ancak risk analizi ilkeleri doğrultusunda Hastalık Ek Primi uygulanabilir.

Doğum tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) takvim gün içinde başvuru talebinde bulunulan ancak sağlık durumu nedeniyle "Katılım Sağlık Bebeği" statüsü elde edemeyen konjenital (doğuştan) rahatsızlığı bulunan ya da prematüre (erken doğum) olarak dünyaya gelen bebeklerin tedavi giderleri; poliçe teminat tablosunda bu durumlar için ayrıca belirtilen özel "Yenidoğan / Prematüre" teminat limitleri, süreleri ve ödeme yüzdesi dahilinde kapsam içersindedir.

Doğum tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) takvim gün içerisinde Sigortacıya yazılı bildirimi yapılmayan ve poliçe kapsamına dahil edilmeyen bebekler hiçbir şekilde "Katılım Sağlık Bebeği" olarak kabul edilmezler. İlk 30 (otuz) takvim günden sonra yapılacak gecikmeli sigorta başvurularında, bebeğin sisteme kabulü için "Yeni Giriş" risk analiz kuralları ve standart hastalık bekleme süreleri aynen uygulanır.

3.4.4. Doğum Rutin (Mutat) Kontrol Teminatı

Poliçede Annelik/Doğum teminatının bulunması ve bu teminattan yararlanmaya hak kazanılmış olması koşuluyla; gebelik (hamilelik) süreci boyunca yapılması tıbben gerekli olan her türlü rutin hekim muayeneleri, gebelik takip tetkikleri (ultrason, kan/idrar tahlilleri, tarama testleri vb.) ve hamileliğe bağlı olarak reçete edilen ilaçlar, "Doğum Rutin Kontrol Teminatı" kapsamında karşılanır.

Harmony test, Prena, Nipt ve benzeri testler kapsam dışındadır.

3.4.5. Yenidoğan Teminatı

Sigortalının mevcut poliçesinde doğum teminatının bulunması ve bu teminattan yararlanmaya hak kazanmış olması koşuluyla; yenidoğan bebeklerin doğum tarihlerinden itibaren en geç 30 (otuz) takvim günü içerisinde poliçeye dahil edilmesi amacıyla başvuruda bulunulması zorunludur. Başvuru esnasında bebeğe ait hastane çıkış epikrizi, yapılan tüm tetkik sonuçları ve bebek sağlık beyan formunun Sigortacı'ya eksiksiz iletilmesi gerekmektedir.

Doğum tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içinde poliçeyle dahil edilmek üzere başvuru talebinde bulunulan, ancak sağlık durumu nedeniyle "Katılım Sağlık Bebeği" statüsü elde edemeyen bebeklerin durumu bu kloz altında değerlendirilir. Bu kapsamda; bebeklerin doğum tarihinden itibaren ilk 60 (altmış) takvim günü içerisinde oluşan prematüre (erken doğum) harcamaları ile konjenital rahatsızlıklarına ait tedavi giderleri, poliçe teminat tablosunda belirtilen limitler ve katılım payı (ödeme yüzdesi) dahilinde karşılanır.

İlk 60 (altmış) günlük kritik tedavi süresi tamamlandıktan sonra, söz konusu konjenital (doğuştan) veya prematüre kaynaklı kronik rahatsızlıkların devam eden tedavileri için; Sigortacı'nın poliçe yenileme dönemlerinde veya zeyil aşamasında Hastalık Ek Primi uygulama, kalıcı hastalık istisnası (muafiyeti) koyma veya risk analizi ilkelerine göre karar verme hakkı saklıdır.

3.4.6. 40 Yaş Üstü Kontrol Mamografi ve PSA Teminatı

40 (kırk) yaş ve üzerindeki kadın sigortalıların, herhangi bir hastalık şikayeti veya semptomu olmaksızın rutin kontrol amacıyla yılda 1 (bir) kez yaptıracakları mamografi tetkiklerine ait giderler karşılanır.

40 (kırk) yaş ve üzerindeki erkek sigortalıların, herhangi bir hastalık şikayeti veya semptomu olmaksızın rutin kontrol amacıyla yılda 1 (bir) kez yaptıracakları PSA (Prostat Spesifik Antijen) laboratuvar tetkikine ait giderler karşılanır.

İşbu kloz kapsamındaki kontrol tetkiklerinin ödenebilmesi için, işlemlerin mutlaka Sigortacı tarafından bu hizmete özel olarak belirlenen ve ilan edilen anlaşmalı sağlık kuruluşlarında (özel tarama networkünde) yaptırılması zorunludur. Belirlenen kurumlar dışındaki sağlık kuruluşlarında veya anlaşmasız kurumlarda yaptırılan kontrol mamografi ve PSA harcamaları tamamen teminat kapsamı dışındadır ve sonradan ödeme yapılmaz. Onaylanan giderler, poliçe teminat tablosunda belirtilen limit ve katılım payı (ödeme yüzdesi) dahilinde yılda en fazla 1 (bir) kez karşılanır.

3.4.7. Diş Tedavi Teminatı

Poliçe teminat tablosunda bu ek paketin açıkça satın alınmış ve tanımlanmış olması kaydıyla; diş hekimi muayeneleri ile muayene neticesinde diş hekiminin reçete ettiği yasal ilaçlar karşılanır. Ayrıca tanı ve tedavi amacıyla talep edilen panoramik röntgen grafiği ile her türlü diş dolgusu, kanal tedavisi, tedavi niteliği taşıyan diş kaplamaları, standart veya operasyonlu (cerrahi) diş çekimleri, köprü, implant, diş teli (ortodonti), gece plağı, detertraj (diş taşı temizliği), diş eti (periodontoloji) tedavileri ve fissür örtücü uygulamalarına ait giderler bu teminat altındadır.

Bu teminat kapsamındaki tüm muayene, tanı ve tedavi harcamaları; poliçe teminat tablosunda bu teminat için ayrıca belirtilen yıllık özel "Diş" teminat limiti ve katılım payı (ödeme yüzdesi) dahilinde karşılanır.

Tıbbi bir zorunluluk taşımayan, tamamen estetik veya kozmetik amaçlarla yapılan diş beyazlatma, porselen/kompozit lamine (yaprak porselen) uygulamaları, estetik gülüş tasarımı süreçleri ve kıymetli maden (altın, platin vb.) içeren dolgu/kaplama harcamaları "Diş Tedavi" teminatının ve poliçenin tamamen kapsamı dışındadır ve Sigortacı tarafından ödenmez.

3.4.8. Gözlük-Lens Teminatı

Poliçe teminat tablosunda bu ek paketin açıkça satın alınmış ve tanımlanmış olması kaydıyla; Sigortalının görme kusurunun sürekli kullanacağı numaralı gözlük veya kontakt lens ile giderileceğinin, Göz Hastalıkları Uzman Hekimi tarafından yapılan muayene neticesinde reçete ile belgelendirilmesi durumunda; söz konusu reçeteye bağlı olarak satın alınan numaralı gözlük camı, gözlük çerçevesi, numaralı kontakt lens ve lens solüsyonu giderleri karşılanır.

Numarasız olan veya numaralı olsa dahi estetik/kozmetik amaçlı üretilen her türlü güneş gözlüğü cam ve çerçeveleri tamamen teminat kapsamı dışındadır.

Görme kusurunu düzeltme amacı taşımayan, tamamen estetik amaçlı kullanılan numarasız renkli lensler ile optik/tıbbi niteliği bulunmayan göz aksesuarları Sigortacı tarafından ödenmez.

Görme kusurlarının kalıcı tedavisi için göz hastanelerinde uygulanan lazer (Excimer Lazer, Lasik vb.) operasyonlarına ait giderler bu klozun dışındadır ve poliçede aksine net bir kloz maddesi yoksa tamamen kapsam dışıdır.

3.4.9. Check-Up Teminatı

Poliçe teminat tablosunda bu ek paket kapsamının açıkça satın alınmış ve tanımlanmış olması kaydıyla; Sigortacı tarafından içeriği ve tıbbi paneli (tetkik listesi) önceden belirlenmiş olan rutin sağlık taramalarına (check-up) ait hekim muayenesi ve laboratuvar/görüntüleme harcamaları karşılanır. Onaylanan harcamalar, poliçe teminat tablosunda belirtilen limit ve ödeme oranı (katılım payı) dahilinde yılda en fazla 1 (bir) kez karşılanacaktır.

Bu teminat, yalnızca poliçe teminat tablosunda check-up hakkı için açıkça belirtilen yaş aralığındaki sigortalılar için geçerlidir.

Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için hizmeti almadan önce mutlaka 0850 226 0123 numaralı Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. Sağlık İletişim Merkezi'ni araması, randevu talebinde bulunması ve hizmeti Sigortacı'nın onayladığı kurumda organize ettirmesi zorunludur.

İşbu teminat sadece Sigortacı tarafından organize edilen anlaşmalı kurumlarda doğrudan hizmet (doğrudan ödeme) şeklinde verilir. Sigortalının Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. Sağlık İletişim Merkezi'nin bilgisi ve onayı dışında, münferit (kendi isteğiyle) olarak herhangi bir sağlık kuruluşunda yaptırdığı check-up işlemlerine ait faturalar kesinlikle bu teminat kapsamı dışındadır ve sonradan ödeme yapılmaz.

Belirlenen check-up paket içeriğinin dışında, sigortalının kendi talebi veya kurumdaki hekimin isteğiyle pakete ilave olarak yapılan her türlü ek tetkik, muayene ve check-up sonrasında düzenlenen ilaç reçeteleri bu klotun dışındadır; söz konusu ek harcamalar poliçedeki standart "Ayakta Tedavi" teminat kuralları ve limitleri dahilinde işlem görür.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Nedensellik ve klinik seyir sürecine bakılmaksızın, aşağıda listelenen rahatsızlıklara yönelik her türlü yatarak tedavi, cerrahi müdahale, ayakta ya da yatarak olmasına bakılmaksızın "Fizik Tedavi" giderleri; (kaza tespit tutanağı ile belgelenmiş akut trafik kazaları hariç olmak üzere) Sigortalının İlk Sigortalanma Tarihinden itibaren 6 (altı) ay boyunca teminat kapsamı dışındadır.

4.1. Doğum Teminatı Bekleme Süresi

Sigortalının kendisi veya bağımlı eşi için; hamilelik rutin kontrolleri, gebelik ve doğum teminatı ile ilgili giderler, ilgili doğum teminatı bulunan poliçeye dahil olunmasından itibaren başlayacak olup, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla 12 (on iki) aylık bekleme süresi sonunda karşılanacaktır.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, diğer sigorta şirketinde doğum teminatı bulunsada dahi, Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. sigorta poliçesindeki 12 (on iki) aylık bekleme süresi, sigortalının doğum teminatı bulunan Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. sigorta poliçesine dahil olmasından itibaren başlayacaktır.

Yenileme döneminde; doğum teminatlı poliçeye ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda 12 (on iki) aylık bekleme süresi yeniden başlayacaktır.

Sigorta ettirenin mevcut poliçesinde bulunan anlaşmalı sağlık kurum ağı (network) genişletmek istediği durumda yeni eklenen kurumlar için bekleme süresi yeniden başlar ve mevcut gebelik için bu kurumlarda sağlık giderleri ödenmez. Sigortalı'nın hamile olması halinde, doğum teminatı kapsamında (örneğin; limit, ödeme yüzdesi, teminat kapsamı gibi alanlarda) kapsam artışı yapılamaz.

Bekleme Süresine Tabi Olan Rahatsızlıklar

- 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, Mesane Taş ve Hastalıkları
- Tüm fitiklar, omurga cerrahisi, Koksartroz
- Geniz eti, nazal polip, ventilasyon tüpü, bademcik, sinüzit ve kulak zarı ve kulak kemiği hastalıkları ile ilgili operasyon giderleri,
- Varikosel, her tür varis (Yüzeysel olan varis ile ilgili kapsam dışıdır.), anevrizma,
- Hemoroid, anal fissür-fistül, pilonidal sinüs, Perianal apse
- Benign (iyi huylu) tiroid bezi hastalıkları, Guatr
- Her türlü benign kist ve kitle,
- Benign rahim, yumurtalık ve Miyom 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, mol hidatiform
- Meme hastalıkları,
- Tetik parmak (Trigger finger), çekiç parmak, her türlü tuzak nöropati, ganglion kisti, kistik higroma, morton nöroma,
- Karaciğer (Hepatit B ve C dahil), Dalak, Pankreas ve Yemek Borusu, Mide ve Duodenum rahatsızlıkları vb.,
- Damar hastalıkları (Kalp damar hariç)
- İnflamatuvar Barsak rahatsızlıkları (Ülseratif Kolit ve Crohn), Barsak Divertikülleri,
- Romatizmal hastalıklar (Romatoid artrit, SLE, ankilozan spondilit vb.),

Bekleme süreleri Katılım Sağlık Bebeği hakkı elde eden sigortalılarda geçerli değildir.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

- Özel şartlarda tanımlanmış olsun ya da olmasın, kişiye özel olarak uygulanan kapsam dışı hastalık ve rahatsızlıklara ilişkin tüm sağlık giderleri ile poliçenin teminat tablosunda (plan içeriğinde) belirtilmeyen haller.
- Sigortalı olunmadan önce var olan (poliçe başlangıç tarihinden önce başlayan) hamilelikler, beyan edilmemiş/gizlenmiş rahatsızlık ve hastalıklar ile bu hastalıkların periyodik devamlılık, takip ve nüksleri.
- Poliçe başlangıç tarihinden sonra teşhis edilmiş olsa ... dahi konjenital (doğuştan) tüm hastalık ve sakatlıklar, genetik yapıyla ilgili

anomaliler, organ eksiklikleri ve yapısal deformitelerin tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri.

- İşbu Özel Şartları'nda düzenlenen "Yenidoğan Teminatı" (ilk 60 günlük prematüre/konjenital acil bakım) hükümleri saklı kalmak kaydıyla; yenidoğan bebeklerin doğuştan gelen hastalıkları, uzun dönem küvöz ve prematüre bakım giderleri.
- 7 (yedii) yaş altındaki çocuklarda ortaya çıkan göbek ve kasık fıtıklarına yönelik her türlü cerrahi ve tıbbi giderler.
- Parkinson, Multipl Skleroz (MS), Epilepsi (Sara), Skolyoz, Kifoz, Halluks Valgus, Halluks Rijidus ve Pes Planus (Düz tabanlık) ile ilgili tüm tanı, tetkik ve tedavi giderleri.
- HIV (Human Immunodeficiency Virus) virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm sağlık giderleri, AIDS hastalığı ve buna bağlı gelişen tüm komplikasyonlar.
- Her türlü cinsel işlev bozuklukları, vazektomi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili muayene, tetkik ve tedavi giderleri.
- Genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar, kondiloma aküminata, HPV (Human Papilloma Virus) enfeksiyonları, genital ve anal molluscum contagiosum, sifiliz (frengi) ve gonore tanı ve tedavileri.
- T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz sağlanan veya zorunlu kılınan aşılar dahil olmak üzere, her türlü Covid-19 aşısı ve aşı uygulama bedelleri.
- Doğal afetler; sel baskını, deprem, yanardağ püskürmesi, toprak kayması ve benzeri majör doğa olayları neticesinde ortaya çıkan bedensel zararlar ve tedavi giderleri.
- 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.
- Sigortalının intihara teşebbüs etmesi veya kasıtlı olarak kendini yaralamasından doğacak tüm tıbbi masraflar.
- Keratokonus hastalığına ve ilerlemesine yönelik uygulanan her türlü operasyon, cross-linking ve tedavi giderleri.
- Düşük nedenlerinin araştırılması, infertilite (kısırlık) teşhis ve tedavisi; bu amaca yönelik yapılan ovülasyon takipleri, HSG (rahim filmi), adhezyolizis, tuboplasti, tüp bebek ve mikroenjeksiyon gibi tüm yapay üreme süreçleri.
- Demansiyel sendromlar (Alzheimer hastalığı ve bunamalar), psikiyatrik, geriatrik hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları; psikolog ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili tüm giderler, psikotrop/psikiyatrik ilaçlar, zekâ testleri ve her ne nedenle yapılırsa yapılsın ses ve konuşma terapileri.
- Kozmetik veya estetik amaçlı yapılan her türlü tedavi; kilo kontrol bozuklukları (şişmanlık/obezite veya aşırı zayıflık) ile ilgili tetkik, bariatrik cerrahi ve diyetisyen giderleri; hiperhidrozis (aşırı terleme) ve Alopesi (saç/sakal dökülmesi) ile ilgili tüm harcamalar.
- Organ, doku ve kan nakillerinde vericiye (donöre) ait cerrahi ve tıbbi giderler, organ/doku ücreti ve organın nakliye/ulaştırılması amacıyla yapılan tüm harcamalar.
- Şaşıllık ameliyatları, gözde kırma kusuru tedavisine yönelik uygulanan lazer (Excimer Lazer, Lasik vb.) operasyonları ve refraktif cerrahi giderleri.
- Koklear implant (biyoteknik kulak) cihaz bedeli, ameliyatı ve bu cihaza bağlı ayar/sarf malzemesi giderleri.
- Harp veya harp niteliğindeki harekât, ihtilal, isyan, ayaklanma, yağma ve bunlardan doğan iç karışıklıklar neticesinde oluşan yaralanma ve tedavi giderleri.
- Akut bir kaza veya yanma hasarı sonucu olduğu resmi raporla kanıtlanmadığı sürece; her türlü estetik ve rekonstrüktif cerrahi müdahaleler, jinekomasti tetkik ve tedavileri, meme küçültme ve büyütme ameliyatları.
- Genetik hastalıklar, genetik kusurlar, kromozom analizleri, DNA haritalama ve tanı amaçlı yapılan her türlü genetik inceleme giderleri.
- Yalancı gebelik tanı, takip ve psikolojik süreçleri ile ilgili her türlü gider.
- Sigortalının cürüm (suç) işlemesi veya cürüme teşebbüs etmesi esnasında aldığı bedensel yaralanmaların tedavi masrafları.
- Alerji aşıları, aşı nakliye bedelleri ve alerjik hastalıkların tespiti amacıyla yapılan klasifikasyon testleri (deri prick testi, kanda bakılan alerji panelleri vb.).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Takviminde yer alan 0-6 (sıfır-altı) yaş arasındaki çocukların rutin aşıları ile kuduz ve tetanoz aşıları dışındaki tüm aşılar, seyahat aşıları ve bu aşılarla ilgili antikor/test giderleri.
- Horlama ve uyku apne sendromu tedavileri (CPAP/BPAP cihazları dahil); tıbbi zorunluluk arz etmeyen Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları (burun eti büyümesi) ve Nazal Valv hastalıklarına ait tüm giderler.
- Herhangi bir klinik semptom veya hastalık şüphesi olmaksızın, tamamen genel sağlık taraması veya check-up amacıyla yapılan Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner CT/BT Anjiyo, EBT (Electron Beam Tomography), sanal anjiyo, sanal kolonoskopi ve benzeri tarama tetkiklerine ait giderler.
- Kordon kanı ve kök hücre alınması, saklanması, dondurulması, nakli ve işlenmesi ile ilgili tüm operasyonel ve laboratuvar giderleri.
- Motor ve mental gelişim bozuklukları, büyüme ve gelişme gerilikleri, pedagojik takipleri ve konuşma gecikmelerine ait giderler.
- Tıbbi ve yardımcı tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, teknoloji farkı ücretleri ve alet-cihaz kira bedelleri (robotik cerrahi için robot kullanımı kira ücreti farkı gibi) ile ilgili tüm giderler.
- Robotik cerrahi kapsam dışıdır. Robota ait doktor hak edışı, ameliyathane kullanım bedeli gibi hizmetler kapsam dışıdır.
- Kaplıca kürleri, çamur banyoları, şifa kürleri, masaj, jimnastik salonları, pilates 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 ve uzman hekimce reçete edilen medikal şampuanlar hariç), saç solüsyonu, diş macunu, tatlandırıcı ve kozmetik ürünler.
- Özel hemşire giderleri, hastane odasındaki dış hat telefon, televizyon ve internet gibi kişisel kullanım bedelleri; hasta ve refakatçi standart yemekleri haricindeki kafeterya/yiyecek harcamaları ve benzeri tüm ekstra lüks harcamalar ile süit/deluxe oda fiyat farkları.
- Sigortalının alkolizm ve uyuşturucu madde bağımlılığı ile ilgili her türlü giderleri; alkol zehirlenmesi, alkol kullanımı ve uyuşturucu etkisi altındayken meydana gelebilecek hastalık, intoksikasyon ve kazaların gerektirdiği tedavi giderleri.
- Poliçede belirtilen "Hekim" ve "Sağlık Kuruluşu" tanımına uymayan (diplomasız, ruhsatsız veya yetkisiz) kişi ve kurumlara ait faturalar ile hasar talepleri.
- Tıp bilimi tarafından etkinliği ve bilimselliği henüz kanıtlanmamış ve Sağlık Bakanlığı onaylı/ruhsatlı olsa dahi, deneysel ya da araştırma amaçlı yapılan işlemler, well-being, alternatif tıp yöntemleri (akupunktur, mezoterapi, sülük, hacamat vb.) ile ozon terapisi harcamaları.
- İlaç olarak kabul edilmeyen tıbbi destek maddeleri, gıda takviyeleri ile T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ilaç olarak ruhsatlandırılmamış tüm ürünler.

- Hiçbir klinik semptom veya şikayete bağlı olmaksızın yapılan, tanı ve tedavi süreciyle doğrudan tıbbi ilgisi bulunmayan işlemler ile check-up paneli dışındaki kontrol amaçlı rutin tarama harcamaları.
- Dağcılık ve tırmanma, kano, gökyüzü kayağı, paraşüt, planör, delta-kanat, balon kullanımı, motosiklet ve otomobil sporları, sivil havacılık, binicilik, su sporları, dalgıçlık ve tüm hız yarışları ile lisanslı, profesyonel veya amatör olarak kulüp çatısı altında yapılan tüm tehlikeli sporların sonuçları ile ilgili tedavi giderleri.
- Sigortalının yasal ehliyete sahip olmaksızın veya ehliyet sınıfına uymayan araç kullanımı sonucu geçirdiği kazaların gerektirdiği her türlü tedavi giderleri.
- Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler, morg ücretleri, tabut ve cenaze nakil bedelleri.
- Polişede aksi net bir "Diş Tedavi" ek teminatı bulunmadığı sürece; diş, diş eti, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonları ile diş hekimi tarafından yazılan reçeteler.
- Camları numaralı olsa dahi, her türlü güneş gözlüğü çerçevesi ve güneş gözlüğü camı satın alma bedelleri.
- Sigortacı'nın "Geri Ödeme Alınmayacak Kurumlar ve Hekimler" listesinde yer alan, anlaşması feshedilmiş veya kara listeye alınmış kuruluşlarda ve hekimlerde gerçekleşen işlemlere ait harcamalar.
- Sigortalının hastalık veya kaza sonucu çalışmaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası ve ticari kayıp tazminatları.
- Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde talep edilebilecek gündelik bakım parası, bakıcı ücretleri ve palyatif bakım giderleri.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve/veya T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ilân edilmiş salgın hastalıklar (pandemiler) ve buna bağlı gelişen sendromlara ait her türlü sağlık gideri; SUT ve/veya TTB-HUV tarifelerinde karşılığı bulunmayan, tedavi edici özelliği kanıtlanmamış ve resmi tedavi listelerinde yer her türlü harcama (PRP dahil).
- Her türlü nedenle yapılan sünnet harcaması
- Gebelik öncesinde eşlerin genel sağlık durumunu veya genetik risklerini kontrol etmek amacıyla yapılan tarama ve tetkik giderleri.
- Cinsiyet değiştirme operasyonları, bu sürece bağlı olarak yürütülen hormonal tedaviler ve psikolojik destek süreçleri.
- Sigortalı veya sigorta ettiren tarafından, hasar dosyalarının incelenmesi için gerekli olan tıbbi evrak ve belgelerin hazırlanmasına, noter onaylarına veya ulaştırılmasına ait her türlü posta/kurye giderleri.
- Polişede belirtilen "Hekim" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, beslenme uzmanı, özel hemşire vb.) tarafından reçetesiz veya tek başına yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar.
- Psikiyatrik hastalık tedavisiyle ilgisi olsun veya olmasın; her türlü psikotrop ilaçlar, psikiyatrik hastalıkların kliniklerindeki yatışlar, psikiyatri hekimleri ve psikologlar tarafından yapılan tetkik, terapi ve tedavi seansları.
- Evlilik öncesi, işe başlama öncesi, ehliyet alımı veya spor kulübüne katılım öncesi gibi nedenlerle resmi makamlardan alınan sağlık kurulu (heyet) raporları için yapılan tetkik ve muayene giderleri.
- Sigortalının şikayeti olmaksızın, sadece ailevi risk faktörleri nedeniyle tarama amaçlı yaptırdığı genetik veya rutin test harcamaları.
- Hekimlerden ve sağlık kuruluşlarından kaynaklanan tıbbi uygulama hataları (malpraktis), hatalı tedavi ve ameliyat neticesi ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle oluşan ek giderler.
- 5510 Sayılı Kanun gereği yasal olarak Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve işveren sorumluluğunda olan tüm İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarına ait tedavi giderleri.
- Cilt üzerinde estetik kusur oluşturan komedon temizliği, akne kozmetik bakımları ve estetik amaçlı dermatolojik harcamalar.
- Vücut geliştirme, kas kütlesi artırma veya spor performansı yükseltme amacıyla kullanılan protein tozları, amino asitler, kreatin ve benzeri takviye edici gıdalar ile destek ürünlerinden kaynaklanan doğrudan veya dolaylı her türlü bedensel zarar ve hastalık harcamaları.
- Sigortalının kurumundaki işyeri hekiminin; sigortalının kendisi, eşi ve çocukları için yazacağı her türlü laboratuvar tetkik ve hastane tedavi giderleri (işyeri hekiminin sigortalının kendisi için yazmış olduğu yasal ilaç reçete bedelleri hariç).
- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 98/2 maddesi gereğince, sigortalıların resmi devlet hastanelerinde ödemekle yükümlü oldukları yasal SGK katılım payları ve muayene ücretleri.
- Sigortalı ile arasında kan bağı ve/veya sıhri akrabalık bağı bulunan hekimlerin sunduğu her türlü sağlık hizmeti ile hekimlerin kendi kendilerine reçete ettiği ilaç, uyguladığı veya talep ettiği tüm teşhis, tetkik ve tedavi giderleri,
- Beyin-Damar Arteriovenöz Malformasyonları,

6. COĞRAFI KAPSAM

Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) sınırları içerisinde geçerlidir. Teminat tablosunda yurt dışı teminatı tanımlanmış ise ilgili "Yurt Dışı tedavi teminatı" başlığı altında geçerlidir

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1. Limit Uygulaması

Polişe kapsamında sunulan teminatların hesaplanmasında; "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu", "Anlaşsız Sağlık Kuruluşu" ve (teminat tablosunda belirtilmiş ve satın alınmış/tanımlanmış olmak kaydıyla) "Yurt Dışı Sağlık Kuruluşu" olmak üzere 3 (üç) farklı kurum tipi grubu bulunmaktadır.

Her kurum tipi grubu için geçerli olan ana teminat limitleri, poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda her bir Sigortalı için kişi başına yıllık olarak açıkça belirtilmektedir.

Polişe alt kısımlarında yer alan tüm alt teminatlar, ameliyat, dahili yatış, küçük müdahale veya ilaç vb. harcamaları; ayrı bir bağımsız limiti poliçe üzerinde belirtilmediği sürece, doğrudan bağlı bulundukları kurum tipi grubu için geçerli olan şahsi "Ana Teminat Limitleri" havuzundan düşülerek kullanılır. Ana teminat limitinin dönemi içinde tükenmesi halinde, bağlı alt teminatlar da kendiliğinden durur.

7.2. Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması

Sigortacı; "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu", "Anlaşmasız Sağlık Kuruluşu" ve (teminat tablosunda satın alınmış/tanımlanmış olmak kaydıyla) "Yurt Dışı Sağlık Kuruluşu" olmak üzere her bir kurum tipi grubu için poliçe üzerinde ve teminat tablosunda belirtilen "Sigortacı Ödeme Oranı" (ödeme yüzdesi) dahilinde tazminat ödemesi yapar.

Belirlenen Sigortacı Ödeme Oranından arta kalan ve bu oranı %100'e (yüzde yüze) tamamlayan yüzdesel kısım "Katılım Payı" (Sigortalı Payı) olarak adlandırılır. Bu tutar doğrudan ve zorunlu olarak Sigortalı tarafından karşılanır. Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında gerçekleşen işlemlerde katılım payı, Sigortalı tarafından doğrudan ilgili kuruluşa ödenir.

Poliçe ödeme yüzdeleri ve katılım payı oranları, hastane faturasına doğrudan uygulanmaz. Bu oranlar; gerçekleşen sağlık harcamasından varsa ilgili muafiyetler ile Sağlık Hizmet Tarifesi (TTB/HUV/SUT vb.) üst sınır aşım farkları düşüldükten sonra hesaplanan net tazminat tutarı üzerinden tatbik edilir.

7.3. Muafiyet Uygulaması

Poliçe teminat tablosunda "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu", "Anlaşmasız Sağlık Kuruluşu" ve (tanımlanmış ise) "Yurt Dışı Sağlık Kuruluşu" grup kırılımları için ayrı ayrı veya ortaklaşa belirlenmiş olan; tazminat hesaplamalarında doğrudan Sigortalı tarafından üstlenilen ve karşılanması zorunlu olan sabit Türk Lirası (TL) veya döviz cinsinden tutarı ifade eder.

Gerçekleşen sağlık harcamalarına ait tazminat tutarı hesaplanırken; gerçekleşen tutardan (varsa) öncelikle Sağlık Hizmet Tarifesi (TTB/HUV/SUT vb.) üst sınır aşım farkları ayıklanır. Kalan meşru tutardan poliçede tanımlı olan sabit muafiyet tutarı düşülür. Bu kesintilerden sonra arta kalan net bakiye üzerinden, işbu Özel Şartlar'da düzenlenen "Sigortacı Ödeme Oranı" ve "Katılım Payı" yüzdeleri tatbik edilerek nihai tazminat miktarı belirlenir.

7.4. Kalan Limit Hesaplaması

Kalan limit, poliçe üzerinde belirtilen brüt limitten ("limit"), Sigortacı tarafından ödenen tazminat tutarları ile Sigortalı tarafından karşılanan muafiyet ve katılım payı tutarları toplamının düşülmesi ile hesaplanır.

7.5. Sağlık Kurumları Uygulamaları

Sigortalının tercih ettiği poliçe planı ve sağlık ağı (network) içinde yer alan anlaşmalı bir sağlık kuruluşuna müracaat etmesi durumunda; söz konusu sağlık giderleri için işlem öncesinde Sigortacı'nın Provizyon Merkezi'nden elektronik ortamda onay (e-provizyon) alınması şarttır. Alınan onay doğrultusunda, poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde kalan tutarlar Sigortacı tarafından ilgili kuruluşa Doğrudan Ödeme Sistemi ile aktarılır. Sigortalı, müracaat ettiği anlaşmalı kuruluşa sigortalı olduğunu (Katılım Sertifikası, T.C. kimlik kartı vb. ile) ibraz etmek ve poliçe teminat tablosunda belirtilen varsa sabit muafiyet tutarını ve/veya yüzdesel Katılım Payını ilgili sağlık kuruluşuna doğrudan ödemekle yükümlüdür.

Aktif Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları ve network listeleri; Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin dijital kanallarında, mobil uygulamalarında ve kurumsal internet sitesi olan www.katilimemeklilik.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir. Sigortacı'nın, poliçe süresi içerisinde network listelerinde yer alan sağlık kuruluşlarında dilediği zaman değişiklik (ekleme/çıkarma) yapma hakkı saklıdır. İlan edilen kuruluşlar ile Sigortacı arasındaki kurumsal sözleşmenin herhangi bir nedenle sona ermesi (fesih) durumunda, ilgili kuruluşa ait özel anlaşma şartları ve Doğrudan Ödeme uygulaması hiçbir ihbara gerek kalmaksızın otomatik olarak son bulur.

Herhangi bir hekimin veya sağlık kuruluşunun Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. anlaşmalı ağında yer alıyor olması; bu kurum veya kişilerin Sigortacı tarafından tavsiye, telkin veya refere edildiği anlamına gelmez. Söz konusu kurumların sunduğu tıbbi hizmetlerin kalitesi, niteliği, eksiksizliği ve teşhis/tedavi süreçlerinden doğabilecek her türlü tıbbi, hukuki ve cezai sonuçlar (tıbbi uygulama hataları / malpraktis); hiçbir şekilde Sigortacı'nın güvencesi veya garantisi altında değildir. Sigortalılar tarafından seçilen kişi veya kurumların hizmetlerinden, operasyon sonuçlarından ve kusurlarından doğrudan seçilen kurum veya hekimin kendisi yasal olarak sorumludur. Bu süreçlerden doğabilecek hiçbir zarar, tazminat veya uyuşmazlık nedeniyle Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin yasal sorumluluğuna gidilemez.

Sağlık sigorta poliçesinin, hangi anlaşmalı sağlık kurumlarında, hangi şartlar ile geçerli olduğu poliçede belirtilmektedir.

7.6. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi

Poliçede tercih edilmiş olan sağlık ağı (network) dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen "Anlaşmalı Kurum" teminat limiti ve katılım payı (ödeme yüzdesi) oranları doğrultusunda, provizyon alınması kaydıyla Doğrudan Ödeme Sistemi çerçevesinde karşılanır.

"Anlaşmalı Muayenehane" uygulamasının geçerli olduğu illerde; bu sistemde yer alan anlaşmalı hekimlerce muayenehanelerinde yapılacak muayene giderleri, hekim muayene teminatı kapsamında ve poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ile katılım payı oranında karşılanır.

Poliçede tercih edilmiş olan network dahilinde yer almayan anlaşmalı kuruluşlardaki giderler, aksi belirtilmediği müddetçe "Anlaşmasız Kurum" teminat limiti ve katılım payı oranları dikkate alınarak Sonradan Ödeme süreciyle karşılanır.

Poliçede tercih edilmiş olan network dahilindeki bir anlaşmalı sağlık kuruluşunda, kurumun kadrolu personeli olmayan (dışarıdan gelen) bağımsız hekimler tarafından gerçekleştirilen işlemler "Anlaşmasız Kurum" limit ve oranlarıyla Sonradan Ödeme şeklinde işlem görür.

Anlaşmalı sağlık kuruluşunun kadrosunda T.C. Sağlık Bakanlığı yasal mevzuatına göre resmi olarak görevli görünmeyen veya kadroda yer almasına rağmen Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. kurumsal sözleşme fiyat tarifelerini/şartlarını kabul etmeyen (Öğretim üyesi, Profesör, Doçent farkı talep eden vb.) hekimler tarafından gerçekleştirilen tüm sağlık giderleri; poliçede belirtilen "Anlaşmasız Kurum" teminat limiti ve katılım payı oranlarıyla Sonradan Ödeme süreci kapsamında değerlendirilir.

T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Hastaneleri ile devlete ait resmi Üniversite Hastanelerinde gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen "Anlaşmalı Kurum" teminat limiti ve katılım payı oranları dikkate alınarak fatura mukabili Sonradan Ödeme süreciyle karşılanır.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. ile hiçbir kurumsal anlaşması bulunmayan sağlık kuruluşlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen "Anlaşmasız Kurum" teminat limiti, katılım payı oranları ve Sağlık Hizmet Tarifesi (TTB/HUV) üst sınırları dahilinde Sonradan Ödeme süreciyle karşılanır.

Yurt dışı sağlık kuruluşlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçe teminat tablosunda bu kapsamın satın alınmış olması kaydıyla, poliçede belirtilen Yurt Dışı teminat limiti, katılım payı oranları ve İşbu Özel Şartlar maddesindeki döviz kuru kuralları çerçevesinde Sonradan Ödeme süreciyle karşılanır.

Ek hizmetler teminatında yer alan check-up ile kontrol mamografi ve PSA tarama teminatlarına ait giderler, poliçede tercih edilmiş olan özel tarama networkü dışında yapılması durumunda kesinlikle karşılanmaz.

Yatarak tedaviler için, ön onay (provizyon) aşamasında kullanılan medikal form üzerinde hekim tarafından beyan edilmiş tahmini tutar ile tedavi sonrasında hekim tarafından düzenlenen fiili faturada yer alan tutar arasında farklılık bulunması halinde; Sigortacı, bu iki tutardan daha düşük olanını tazminat hesabında dikkate alacaktır. Oluşan fahiş farklar ödenmez.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. anlaşmalı kurumlarında poliçe teminat kapsamı dahilindeki ayakta ve yatarak tedavilerde yapılacak sağlık giderlerine ait faturalar; kuruma verilecek provizyon onayı sonrasında sigortalı teminat limitleri dahilinde varsa ödenmesi gereken katılım payını ödeyerek sigortacı tarafından doğrudan kuruma ödenecek, provizyona konu evraklar ve faturalar ilgili kurum tarafından sigorta şirketine gönderilecektir.

Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderlerinin değerlendirilebilmesi için, aşağıda belirtilen belgelerin Sigortacı'ya ulaştırılması gerekmektedir:

- "Tedavi Masrafları Talep Formu"nın ilgili bölümlerinin Sigortalı ve tedaviyi gerçekleştiren uzman hekim tarafından eksiksiz olarak doldurulmuş, kaşelenmiş ve imzalanmış aslı,
- Tüm sağlık giderlerine ait asıl fatura/serbest meslek makbuzu/serum-ilâç dökümleri ve işlem bazlı ayrıntılı hastane hizmet döküm belgeleri,
- Yatarak tedaviler ile cerrahi müdahalelerde ameliyat raporu, anestezi takip formu ve/veya resmi hastane çıkış özeti (epikriz raporu),
- Şikayet ve rahatsızlığın teşhisine esas teşkil eden tüm laboratuvar tahlil sonuçları ile görüntüleme (Radyoloji, MR, Tomografi vb.) raporları,
- Reçetenin aslı veya e-reçete numarası, ilâç küpürleri ya da ilâç Takip Sistemi (ITS) barkod dökümleri ile eczaneden alınan yasal fiş/fatura aslı,
- Ayaktan fizik tedavi giderlerinde; tedavi gerekliliğini (indikasyonunu) gösteren tıbbi görüntüleme raporları ile fizik tedavi uzman hekimince düzenlenen ve seans sayısı ile seans içeriğini ayrıntılı gösteren resmi tedavi planı,
- Trafik kazaları dahil olmak üzere her türlü adli olayda adli birimlerce düzenlenen resmi belgeler (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, ifade zaptı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),
- Yurt dışında gerçekleşen tedavilere ait hekim raporları ve tetkik sonuçlarının (İngilizce dışındaki diller için) yeminli tercüman tarafından yapılmış Türkçe tercüme dökümleri (Tercüme ücreti Sigortalıya aittir),
- Trafik kazası sonucu oluşan diş ve çene hasarlarının ödenebilmesi için; trafik kazası tespit tutanağı, dişlerin hasar gördüğünü ve kaza illiyet bağıını kanıtlayan hekim raporu ile olay anında çekilmiş panoramik diş radyografi grafileri.
- Üniversite veya devlet hastaneleri için saymanlık mutemedi veya alındı belgesi

Tazminat talebinin değerlendirilebilmesi için, Sigortacı tarafından gerekli görülmesi durumunda, Sigortalı'dan ek bilgi ve belge talep edilebilir. Sigortacı, sağlık giderlerine ilişkin daha fazla araştırma yapmak, Sigortalı'nın tedavisini gerçekleştirecek olan doktor, sağlık kurumu ve diğer kişilerden tanı ve/veya tedavi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, referans doktora Sigortalı'yı muayene ettirme hakkına sahiptir.

Tazminat talepleri, İşbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde, teminat tablosu doğrultusunda, sunulmuş olan bilgi ve belgeler dikkate alınarak değerlendirilir. Sağlık giderlerine konu olan tetkik ve tedavilerin bir doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına tıbbi gereklilik olduğunu göstermez. Olası uyumsuzluklarda Sigortacı'nın Referans Doktor görüşü esas alınır.

Anlaşmalı ve Anlaşmasız kurum 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.

Tazminata konu olan sağlık giderinin limit üstü, katılım payı ve/veya muafiyet tutarı olarak değerlendirilen bölümü için Sigortalı'ya ödeme yapılmaz. Ancak, sağlık gideri olarak gönderilen toplam fatura tutarından, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları dikkate alınarak, varsa kapsam dışı giderler çıkarıldıktan sonra onaylanan toplam tutar, kabul edilebilir sağlık gideri olarak değerlendirilir, varsa ilgili teminat limitinden düşülür.

İlgili harcama Sigortacı'ya ulaştığı tarihten itibaren en geç 5 (beş) iş günü içinde yapılacaktır. Bu hesabın artık kullanılmaması veya tazminat ödemesinin başka bir hesap numarasına yapılmasının istenmesi halinde, yeni hesap numarasının, Sigortacı'ya bildirilmesi gerekmektedir. Sigortacı'nın işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki haklarını kullanabilmesi bakımından, tazminat değerlendirmesi sonucunda ödeme veya ödememe kararını verdiği tarih esas olacaktır.

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

Sigorta şirketi, sağlık sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında sigortalılardan almış olduğu her türlü bilgiyi (tazminat, teminat detayları, kişisel bilgiler vb.) yasal mevzuat gereğince Sigorta bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumuna ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi bu bilgileri resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmektedir.

Police kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanabilmesi için sigortalı, Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür. (Hakların Devri İlkesi)

9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1. Poliçenin Yenilenmesi

Poliçenin yenilenmesi; mevcut sigorta sözleşmesinin sona ermesini takiben, Sigortacı'nın yapacağı risk değerlendirmesi sonucunda, sigorta bitiş tarihinden itibaren en geç 1 (bir) ay içerisinde mevcut poliçenin bitiş tarihi itibarıyla yeniden sözleşme yapılmasını ifade eder. Aksi durumda sigortalının, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almaması, yenileme haklarının geçerliliğinin kaldırılması ve ilk yıl girişi gibi değerlendirme hakları saklıdır.

Sigorta ettiren ve/veya sigortalı tarafından aksi yazılı olarak talep edilmedikçe Sigortacı, sona eren sözleşmeyi bitiş tarihi itibarıyla otomatik olarak yenileme ya da yenilememe hakkını saklı tutar.

Mevcut sigorta sözleşmesinin sona ermesi ile Sigortacı, yapacağı değerlendirme sonucunda sigorta sözleşmesini hiç yenilemeyebileceği gibi sigortalının mevcut rahatsızlıkları ve/veya hastalıkları için ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım vb.) uygulayarak da sigorta sözleşmesini yenileyebilir.

Sigortalıların poliçelerinde tercih edilmiş olan teminat, anlaşmalı kurum ve teminat detayları değiştirilmeden sigortalının değerlendirmesi sonucu yenilenir. Ancak poliçede tercih edilmiş teminat kapsamı, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, anlaşmalı kurum gibi belirli kriterler yenileme döneminde geçerli değilse, poliçe en az biten poliçe kriterlerine haiz karşılıkları ile yenilenir.

SGK tarafından Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında yapılacak yasal kapsam ve uygulama değişiklikleri durumunda da Sigortacı'nın özel şartlarda ve katkı paylarında düzenleme yapma hakkı saklıdır.

Sigorta ettiren/sigortalı, yenileme döneminde sigorta ürünü, anlaşmalı sağlık kurum ağı ve teminat değişikliği talebinde bulunabilir. Bu durumda Sigortacı, yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu değişiklik talebini kabul edebilir ya da etmeyebilir. Sigortacı'nın bu değişiklik talebini kabul etmesi halinde, önceki sigorta sözleşmesinin kazanılmış hakları ile bağlı kalmaksızın, yeni talep edilen teminat yapısı veya yeni sigorta ürünü hüküm ve şartları ile sigorta sözleşmesi yenilenebilir.

Sigortacı'nın, Sigortalı'dan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimi isteme veya Sigortalı'yı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırma hakkı saklıdır. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, Sigortalı'nın geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi ve erişim sistemlerinin Sigortacı tarafından ulaştırılabilir olması kaydıyla Sigortacı tarafından, aksi durumda sigortalı tarafından karşılanır.

Yenileme teklifleri, en geç poliçenin sona ermesi tarihinden 15 (on beş) takvim gün önce sigorta ettirene/sigortalıya iletilir ve sigorta ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemindeki ödeme şekli, yenilemede geçerli olur. Primin kredi kartı ile ödenmesi durumunda, prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı bilgisi yenileme poliçesine aktarılır.

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının, yenilenen sözleşmenin başlangıç tarihi itibarıyla ilk 30 (otuz) takvim günü içerisinde yazılı olarak iptali talebinde bulunması halinde, yenilenen poliçede herhangi bir tazminat olmaması kaydıyla poliçe başlangıç tarihi itibarıyla iptal edilir ve primin tamamı sigorta ettirene iade edilir. Tazminat ödemesi yapılmış/yapılacak olması veya talebin 30 (otuz) günden sonra gelmesi durumunda, "Poliçe İptal Esasları" maddesi uyarınca iptal yapılır.

9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Poliçenin Sigortacı tarafından mevcut teminat kapsamı, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet gibi belirli kriterler dâhilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür.

Sigortalı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi için;

- Sigortalının, özel sağlık sigortası sistemine ilk giriş tarihinde 60 (altmış) (60 yaş dahil ve altında) olması,
- Kesintisiz 3 (üç) tam yıl boyunca sigortalı kalmış olması,
- Bu süre içerisinde "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesine ve beyan yükümlülüklerine tam olarak uymuş olması,
- Son 3 (üç) poliçe yılının gerçekleşen toplam tazminat (hasar) tutarının, aynı dönemde sigortalı adına tahakkuk eden sağlık toplam net primine oranının %80'in (yüzde seksenin) altında olması.

durumlarında, yapılacak olan tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre verilebilir.

Ancak, Sigortacı'nın değerlendirme sonucuna göre, Sigortalı'ya bu hakkı ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, vb.) verme hakkı saklıdır. "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" değerlendirmesi yapılmış ancak "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" bulunmayan sigortalılar için, sigortacının her yıl risk değerlendirmesi yapma ve poliçeyi yenileyip yenilememe hakkı saklıdır.

Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan Sigortalıların poliçelerinin muadil teminatlarla yenilenmesinden sorumludur. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip Sigortalı'nın, bu hakkının korunabilmesi için devam eden ve sonraki sözleşmelerinin aralıksız olarak muadil teminat yapısı ile yenilenmesi, primlerinin düzenli olarak ödenmesi gerekir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni alındıktan sonra, sigortalı sigorta ürünü değiştirmek ve teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni yeniden değerlendirir. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre, daha önce verilen plan ve/veya ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) kabul etme hakkına sahiptir.

Sigortalı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa bile aşağıdaki koşulların oluşması halinde, duruma göre sigorta ettirene/sigortalıya yaptığı haksız ödemeler ile ilgili rücu hakkı saklı kalmak üzere, Sigortacı sigorta sözleşmesini fesh edebilir veya cayabilir.

- Sigorta priminin poliçe üzerinde belirtilen vadelerde ödenmemesi nedeniyle sözleşmenin iptal edilmesi,
- Sigortalının/sigorta ettirenin Azami İyi Niyet Prensibi ilkesine uymaması,
- Sigortalının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunduğu veya sigorta teminatlarının kötü niyetle kullanıldığının tespit edilmesi durumunda,

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olan sigortalılarda yaşam boyu gün limiti (720 gün) uygulanmaz.

Sigortacı tarafından yukarıda belirtilen değerlendirme sonucunda;

- 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 yapılabilir,
- Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. 'deki "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkını kazanma tarihinden önce oluşan riskler için ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, vb.) uygulamak sureti ile de "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı verebilir,
- Ömür Boyu Yenileme Garantisini değerlendirme sonucunda vermeyip her yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapılabilir.

"Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı kazanıldıktan sonra;

- Sigortalının/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 muafiyet, limit, ek prim, katılım, vb. 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, ilgili mevzuat ve poliçe hükümleri çerçevesinde cayma, fesih, rücu ve tazminat hakları saklıdır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özel olup yalnızca bu hakkı kazanmış Sigortalı 'ya aittir. Bu hakkı kazanan sigortalılar poliçede ayrıca belirtilir. Ömür Boyu Yenileme Garantisine ilişkin diğer bilgilendirmeler "Başvuru ve Bilgilendirme Formu" maddesinde belirtilmiştir. Sigortacı, poliçe başlangıç tarihinden sonra poliçeye giriş yapan eş ve/veya çocukları, dâhil oldukları poliçe döneminden itibaren 3 (üç) tam yılı tamamlamalarını müteakip ilk yenileme döneminde Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirmeye alır. Aile bireyleriyle birlikte sağlık sigortası kapsamında olan kişilerden birisine 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 ve Hayat A.Ş.'de grup sağlık sigortası kapsamında sigortalı iken grup poliçe kapsamından çıkan kişiler en fazla 30 (otuz) gün içinde bireysel sağlık sigortası yaptırmak için başvurmalıdırlar. Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'de grup sağlık sigortası kapsamında

Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunmayan kişiler için, grup poliçesi kapsamından çıkış tarihinden sonra en fazla 30 (otuz) gün içinde Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye grup poliçesi planının muadili bireysel sağlık sigortası yaptırmaları durumunda, ileriki tarihlerde yapılacak bireysel Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi sırasında, Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'deki grup sigortalılık süreleri ve grup sigortası kapsamındaki tazminat-prim oranları göz önünde bulundurularak yukarıda belirtilen değerlendirme sonucuna göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilecektir.

Diğer sigorta şirketlerinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkına sahip sigortalı o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, 1 (bir) aydan fazla ara vermeden yeni dönemde Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'de bireysel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerin sağlık beyanları ve önceki sigorta şirketindeki geçmiş sigortalılık süresi ve bilgileri incelenerek, risk değerlendirmesi sonucunda uygun görülen sigortalılar önceki sigorta şirketlerindeki Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakları devralınarak sigortalanabileceklerdir.

Diğer sigorta şirketinde poliçesi olan ancak henüz Ömür Boyu Yenileme Garantisi almamış sigortalıların diğer sigorta şirketinde geçirilen süre dikkate alınacak ve 1 (bir) aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'de bireysel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerin, Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanıp kazanmadıkları ile ilgili değerlendirme, yukarıda belirtilen Ömür Boyu Yenileme Garantisi kriterleri Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'deki poliçe döneminde yapılacaktır.

10. PRİM TESPİTİ

10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Bireysel sağlık sigortası primleri; Sigortalıların yaşı, cinsiyeti, ikamet adresleri, tercih edilen ürün/teminat kapsamı, poliçe planının genel hasar/prim oranı gelişimleri, "Sağlık Uygulama Tebliği"nde (SUT), Türk Tabipleri Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV), Türk Dişhekimleri Birliği Tarifesi (TDB) ve benzeri yasal/kurumsal tarifelerde yapılan değişiklikler, sağlık kurumlarının fiyat tarifelerinde ve medikal enflasyonda meydana gelen artışlar gibi objektif ve aktüeryal kriterler çerçevesinde belirlenmektedir.

10.2. Yaş Hesabı

Sigortalının yaşı; poliçe yürürlük (giriş) yılından, sigortalının doğum yılının çıkarılması suretiyle (Yürürlük Yılı – Doğum Yılı) hesaplanır. Gün ve ay hesabı dikkate alınmaksızın, sadece takvim yılı bazında çıkan sonuç sigortalının yaşı olarak kabul edilir. Yaş hesabı poliçe başlangıç tarihinde yapılır; poliçe dönemi içerisinde (ara dönemlerde) yaş değişikliğine bağlı herhangi bir işlem veya prim revizyonu yapılmaz.

10.3. Prime İlişkin 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 yılın tarife priminin en fazla üç katıyla sınırlıdır. Sigortacı'nın yenileme dönemleri itibarıyla, indirim ve/veya ek prim oranlarında, kriterlerinde makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

Poliçe priminin tamamı, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatı ve taksitleri poliçe üzerinde yazılı vadelerde, sigorta ettirenin belirtmiş olduğu ödeme şekline (kredi kartı, banka kartı, havale/EFT) göre tahsil edilir.

10.4. Hastalık Ek Primi

Tarife priminden bağımsız olarak, sigortalı adayının bireysel sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda sigorta güvencesinin sağlanabilmesi için ödenmesi gereken ek primi ifade eder. Sigortalının "Sağlık Tarife Primi'ne uygulanacak hastalık ek prim oranı hastalık başına %200'ü geçmez.

10.5. Tazminat Kullanımına Bağlı İndirim / Ek Primi

Tazminat kullanımına bağlı İndirim ve/veya Ek prim, Sigortacı'nın bu uygulamanın bulunduğu bireysel Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. poliçe yenilemelerinde ve geçişlerde uygulanır. Sigortacı'da sona eren sözleşmenin yenileme dönemi sırasında; sona eren poliçenin ve yenilenecek poliçenin sadece yatarak tedavi veya yatarak ve ayakta tedavi teminatlarını içeriyor olması şartı ile poliçedeki her bir sigortalı için son yılın Ödenen-Ödenecek Tazminat/ Sağlık Net Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yenileme primlerinde aşağıda belirlenen koşul ve oranlarda indirim ve/veya ek prim uygulanabilir.

Ödenen-Ödenecek Tazminat/ Sağlık Net Poliçe Primi (T/P) oranına bakılarak uygulanacak olan tazminat kullanımına bağlı indirim oranları ve ek prim oranları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. Bireysel Sağlık Sigortalıları poliçe yenilemelerinde ve geçişlerde ilgili sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan sigortalılar için tazminat kullanımına bağlı ek prim uygulaması yapılmayacaktır.

Tazminat Prim Oranı	İndirim/Ekprim Oranı
%0 – %20	%30 İndirim
%21 – %40	%20 İndirim
%41 – %60	%10 İndirim
%61 – %100	Tarife Prim (Standart Prim)
%101 – %120	%10 Ek Prim
%121 – %150	%20 Ek Prim
%151 – %200	%30 Ek Prim
%201 >=	%50 Ek Prim

NOT: İndirim ve Ek primler yenileme poliçesinin tarife primi üzerinden yapılmaktadır.

10.6. Aile İndirimi

Aynı sözleşme kapsamında 2 (iki) ve daha fazla çekirdek ailenin sigortalanması halinde, ilgili sağlık tarife net primine %10 indirim uygulanmaktadır. Kişi sayısı dikkate alınarak uygulanan indirimi ifade eder.

10.7. Çocuk Ek Primi

0-17 (17 dahil) yaş aralığındaki çocuklar, bireysel sağlık sigortası kapsamında ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalanabileceklerdir. Bu durumda aşağıda belirtilen oranlarda ek prim uygulanarak poliçe düzenlenebilecektir;

Yaş Aralığı	Ek Prim Oranı
0 – 2 Yaş	%100 Ek Prim
3 – 5 Yaş	%50 Ek Prim
6 – 10 Yaş	%10 Ek Prim

0-10 yaş arasındaki çocuklardan yukarıda belirtilen ek primlerin alınmaması için ebeveynlerinden en az biriyle aynı planda ya da alt bir plan ile sigortalanması zorunluluğu bulunmaktadır.

10.8. Diğer İndirim ve Kampanyalar

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

10.9. Fark Primi Zeyili

Sigortalının yenilenen poliçe primine kullanımlarına bağlı olarak indirim veya ek prim uygulandıktan sonra; değerlendirmenin yapıldığı yıl ve/veya önceki poliçe dönemine ait, herhangi bir sebeple şirketimizce henüz tazmini yapılmamış bir sağlık giderinin geri ödemesinin yapılması durumunda; sigortalının oluşacak yeni hasar prim oranına göre uygulanan indirim ve ek prim oranı değişecek ve yeni poliçe primine zeyil ile yansıtılacaktır.

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1. Yeni Sigortalı Girişi

Bu sigorta ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden, on dördüncü günden sonra- altmış dört (15 gün – 64) (dahil) yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilmektedir. Katılım Sağlık Bebeği uygulaması yukarıda belirtilmiştir.

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden/edecek kişiler sigortaya kabul edilirler. Sigortalı'nın yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından Sigortalı'nın doğum yılı çıkartılarak bulunur. Aynı poliçe kapsamında sadece çekirdek aile yer alabilir. Çekirdek aile; anne, baba ve/veya 24 (yirmi dört) (dahil) yaş bekâr çocuklardan ibarettir. Fert ve eşin aynı poliçe kapsamında yer alabilmesi için kanunen evli olunması gerekmektedir.

Sigorta kapsamına kabulde, Başvuru ve Beyan Formu'nda ilgili poliçe kapsamında yer alacak her bir kişinin bilgilerinin bulunması gerekmektedir.

11.2. Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun Değerlendirilmesi

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; Sigortacı'nın 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, Sigortacı'nın başvuruyu kabulü hâlinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer.

11.3. Devam Eden Poliçe Yeni Giriş İşlemleri

Yürürlükte olan sözleşmeye, yıl içerisinde yeni sigortalı girişi yapılması ancak aşağıdaki durumlarda ve ilgili olayların gerçekleşme tarihlerinden itibaren en geç 30 (otuz) takvim günü içerisinde Sigortacı'ya yazılı başvuru yapılması durumunda mümkündür:

- Evlenme nedeniyle yasal eşin dahil edilmesi,
- Doğum nedeniyle yenidoğan bebeğin dahil edilmesi,
- Evlat edinilmesi nedeniyle çocuğun dahil edilmesi.

Süresi içerisinde yapılan başvurular, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde risk analizine tabi tutulur. Kabul edilmesi halinde, poliçeye giriş tarihi olarak başvuru tarihi esas alınır. Poliçede Annelik Teminatı bulunan ve hak kazanan sigortalıların yenidoğan bebekleri için işbu Özel Şartlar'ın "Annelik Teminatı" (Katılım Sağlık Bebeği) hükümleri saklıdır. Anne ve babası şirketimiz nezdinde sigortalı olmayan, dışarıdan münferit yeni giriş yapacak bebekler ise doğum tarihinden itibaren en geç 14. gün sonunda risk değerlendirmesi yapılarak poliçeye dahil edilebilir. Poliçeye sonradan eklenecek kişilerin primleri, yıllık prim üzerinden gün esasına göre hesaplanarak tahsil edilir. Bu prim, poliçenin taksit ödemeleri tamamlanmış ise peşin olarak, tamamlanmamış ise kalan vade sayısına eşit bölünerek tahsil edilir.

11.4. Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Poliçe priminin / taksitinin vade tarihinden itibaren 30 (otuz) gün içerisinde ödenmemesi halinde poliçe iptal edilecektir. Poliçe iptali sonrası 30 (otuz) gün içerisinde başvuru yapılması halinde meriyet değerlendirmesi yapılır. Değerlendirme neticesinde Sigortacı'nın 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. Sigortalının kendi isteği ile gerçekleştirdiği iptal işlemlerinde meriyet yapılmayacaktır.

11.5. Katılım Sağlık Bebeği Uygulaması

Asıl Sigortalının poliçesinde doğum teminatının bulunması ve bu teminattan yararlanmaya hak kazanmış olması koşuluyla; yenidoğan bebeklerin doğum tarihinden itibaren en geç 30 (otuz) takvim günü içerisinde poliçeye dahil edilebilmesi için sigorta ettiren/sigortalı tarafından başvuruda bulunulması zorunludur. Başvuru esnasında bebeğe ait hastane çıkış epikrizi, yapılan tüm tıbbi tetkik sonuçları ve bebek sağlık beyan formunun Sigortacı'ya eksiksiz sunulması gerekir.

Doğum tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) takvim gün içinde başvurusu yapılan ve risk analizi sonucunda sağlıklı olduğu tespit edilen bebeklerin sigortaya kabulünde aşağıdaki özel haklar tanınır:

- Bebeğin poliçe başlangıç tarihi, fiili doğum tarihi olarak sisteme işlenir.
- Poliçede yer alan hastalık bekleme süreleri bebek için uygulanmaz.
- Bebeğe, kesintisiz sigortalılık şartıyla "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilir.
- Bebeğin mevcut durumu için herhangi bir hastalık istisnası (muafiyeti) uygulanmaz; ancak risk analizi ilkeleri doğrultusunda Hastalık Ek Primi uygulanabilir.

Doğum tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) takvim gün içinde başvuru talebinde bulunulan ancak sağlık durumu nedeniyle "Katılım Sağlık Bebeği" statüsü elde edemeyen konjenital (doğuştan) rahatsızlığı bulunan ya da prematüre (erken doğum) olarak dünyaya gelen bebeklerin tedavi giderleri; poliçe teminat tablosunda bu durumlar için ayrıca belirtilen özel "Yenidoğan / Prematüre" teminat limitleri, süreleri ve ödeme yüzdesi dahilinde kapsam içerisindedir.

Doğum tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) takvim gün içerisinde Sigortacıya yazılı bildirimi yapılmayan ve poliçe kapsamına dahil edilmeyen bebekler hiçbir şekilde "Katılım Sağlık Bebeği" olarak kabul edilmezler. İlk 30 (otuz) takvim günden sonra yapılacak gecikmeli sigorta başvurularında, bebeğin sisteme kabulü için "Yeni Giriş" risk analiz kuralları ve standart hastalık bekleme süreleri aynen uygulanır.

12. GEÇİŞ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek veya iptal ettirerek, poliçe bitiş/iptal tarihinden itibaren, 30 (otuz) takvim gününden fazla ara vermeden yeni dönemde Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'de bireysel sağlık sigortası yaptırmak isteyen

kişiler, diğer sigorta şirketlerinde kazanılmış haklarının devamına, beyanları ve diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'deki sigorta başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan hastalıkları dahil edilerek ya da kapsam dışı bırakılarak ve/veya bu hastalıklar için ek prim, limit uygulayarak sigorta kapsamına alıp almama kararı risk değerlendirmesi sonucuna göre netleşecektir.

Doğum ve gebelik ile ilgili giderler için her koşulda 12 (on iki) aylık bekleme süresi uygulanacaktır. Bu durum diğer sigorta şirketindeki Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı devir alınan ya da alınmayan herkes için geçerlidir.

Bireysel sağlık sigortası kapsamında 'Ömür Boyu Yenileme Garantisi' hakkı olan bir sigortalının, kendi isteği dışında mevcut poliçesinde yer alan teminat limitleri ve katılım payları ile ilgili aleyhine bir değişiklik yapılmayacaktır. Sigortalının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunduğu veya sigorta teminatlarının kötü niyetle kullanıldığının tespit edilmesi durumunda, Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. söz konusu hastalığa muafiyet veya ek prim uygulayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi koşullarını değiştirebilir, hastalığa ilişkin yaptığı ödemelerle ilgili olarak sigortalıya rücu edebilir, Ömür Boyu Yenileme Garantisini kaldırabilir veya poliçeyi iptal edebilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış olan ve askere gitme nedeniyle poliçelerini iptal eden sigortalıların, askerlik görevlerini bitirdikten sonraki 30 (otuz) takvim günü içinde başvuruları ve askerlik durumlarını belgelemeleri koşuluyla askerlik öncesi alınan teminat planıyla eşit ya da daha düşük teminatlı plan olması halinde sağlık beyan formu doldurarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakları devam eder. Ancak bu sigortalıların Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'de sigortalı olmadıkları süre içinde ortaya çıkan rahatsızlıklar yeni poliçelerinde kapsam dışı bırakılacaktır. Aksi hallerde Sigortacı yeniden risk değerlendirmesi yapar.

Poliçenin yenilenmesinde, ürün değişiklik talepleri, poliçe bitiş tarihi öncesi ve sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilir. Sigorta ettirenin yenilenecek poliçesindeki tercihlerini (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, network gibi belirli kriterler) genişletmek istemesi durumunda, sigortacı güncel sağlık beyanı alarak, tekrar risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme neticesinde; sigortacının, poliçe kapsamını (network, teminat, limit, ödeme yüzdesi gibi) değiştirme, istisna ve/veya hastalık ek primi uygulama, bekleme süresi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu 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. Grup Sağlık sigorta poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, Bireysel Sağlık sigortalısı olarak devam etmek istemeleri halinde 30 (otuz) takvim günü içerisinde başvuru ve beyan formu doldurularak Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye başvuruları gerekmektedir. Sigortacı, sigortalı adaylarının grup poliçesinde kazanılmış haklarının devamına; beyanları, geçmiş sigortalılık bilgileri, kötü niyetli veya yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışta bulunup bulunmadığı ve Grup Sağlık Sigortası Sözleşme koşullarına göre inceleyerek karar verir. Sigortacı, Bireysel Sağlık Sigortası ürününe ait özel şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunmayan kişilerin 30 (otuz) takvim günü içinde bireysel sağlık sigortası yaptırmaları durumunda, bireysel Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi sırasında, Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'deki grup sağlık sigortalılık süreleri ve grup sağlık sigortası kapsamındaki tazminat/prim oranları göz önünde bulundurulacaktır.

Diğer sigorta şirketlerinden şirketimize geçiş yapılması durumunda, bir önceki sigorta şirketinden Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunan kişilerin bu hakları, SEDDK ve yasal mevzuat sınırları dahilinde yapılacak risk değerlendirmesi sonucunda devir alınabilecektir.

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. nezdindeki Grup sağlık sigortasında Ömür Boyu Yenileme Garantisi almaya hak kazanmış olan kişilerin bireysel sözleşmeye geçiş işlemlerinde yasal müktesep haklar saklı kalmak kaydıyla;

- Grup poliçesindeki teminat limitleri ve geçerli network yapısına en yakın olan muadil plana yönlendirilir.
- Sigortalının daha kapsamlı bir bireysel poliçeye geçiş talebine Şirketimiz tarafından yapılacak tıbbi risk değerlendirmesi sonucunda karar verilir.
- Geçiş esnasında sunulan muadil planlarda, yasal kazanılmış hakların elverdiği ölçüde hastalık üst limitleri ve prim dengesi risk kabul ilkelerine göre yapılandırılır.

Şirketimizde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS) kapsamında olup, sözleşmenin sona ermesi durumunda Bireysel Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) başvurusu yapan kişiler için ise hiçbir hak devri yapılmaksızın sıfırdan risk değerlendirmesi yapılarak, yeni iş (ilk yıl) statüsünde poliçe düzenlenecektir.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME VE İPTAL ESASLARI

13.1. Sigorta Süresi

Sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu dönemi ifade eder. Sigortanın süresi 1 (bir) yıldır ve poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında yürürlükte kalır. Poliçe üzerinde belirtilen başlangıç tarihinde saat 12.00'de başlar ve poliçe üzerinde belirtilen bitiş tarihinde, saat 12.00'de sona erer.

13.2. Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması ve Temerrüt Esasları

Sigorta teminatları, başvurunun Sigortacı tarafından onaylanması ve poliçe priminin tamamının veya taksitli ödenmesi kararlaştırıldı ise ilk taksitinin (peşinatın) fiilen ödenmesi ile yürürlüğe girer. Sigorta ettiren, Sigortacı ile mutabık kalınan prim taksitlerinin herhangi birini, kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer.

Sigorta ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 15 (on beş) takvim 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 (on beş) takvim gün içinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur.

13.3. Başlangıçtan İptal Hakkı

Sigorta ettiren ve/veya sigortalı, poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunması halinde, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması durumunda, ödenen primler kesintisiz olarak sigorta ettirene iade edilir.

13.4. 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 vade primi tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği vade primlerinden, hak kazanılan vade prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortalının hak kazandığı vade prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği vade primleri aşmıyorsa, vade primlerinden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortalının hak kazandığı vade primi tutarını ve sigorta ettirenin ödediği vade primleri aşıyorsa katkı prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın 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 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.

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkelerine aykırı davranan, sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya sağlık gider belgelerinin sigorta sözleşmesi kapsamındaki diğer kimseler adına düzenletirilmesi 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 Sigortacı'nın uğrayacağı zararlardan Sigorta ettiren, sigortalı ile birlikte sorumludur.

13.5. Vefat Durumu

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 Sigortacı'ya 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.

14. EKLER

14.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Sigortacı; Sigortacılık Kanunu, ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı, kişisel verilerin korunmasına ilişkin mevzuat ve diğer ilgili yasal düzenlemeler kapsamında; risk değerlendirme süreçlerinin yürütülmesi, poliçe düzenlenmesi, tazminat başvurularının sonuçlandırılması, suistimallerin önlenmesi ve mevzuattan kaynaklanan yükümlülüklerin yerine getirilmesi amaçlarıyla ilgili kurum ve kuruluşlardan bilgi ve belge temin edebilir ve paylaşımında bulunabilir.

Bu kapsamda Sigortacı;

- Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK)
- Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBM),
- Sosyal Güvenlik Kurumu,
- Sağlık Bakanlığı,
- Türkiye Sigorta Birliği,
- Sağlık kurum ve kuruluşları,
- Diğer sigorta şirketleri,
- Yetkili kamu kurum ve kuruluşları

nezdinde inceleme yapmaya, bilgi ve belge almaya ve ilgili mevzuatın izin verdiği ölçüde paylaşımında bulunmaya yetkilidir. Sigorta kapsamına alınacak veya alınmış kişiler; risk değerlendirmesi yapılabilmesi, sigorta sözleşmesinin kurulması ve yürütülmesi, tazminat süreçlerinin sonuçlandırılması ve mevzuattan doğan yükümlülüklerin yerine getirilmesi amacıyla sağlık verileri dâhil kişisel verilerinin işlenmesine, ilgili kurumlardan temin edilmesine ve ilgili mevzuat çerçevesinde paylaşılmasına ilişkin gerekli bilgilendirmenin kendilerine yapıldığını kabul eder.

Kişisel verilerin işlenmesi ve paylaşılması süreçleri, yürürlükte bulunan kişisel verilerin korunmasına ilişkin mevzuat hükümlerine tabidir.

14.2. Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi

Sigorta kapsamına alınacak her sigortalı adayı, Başvuru ve Sağlık Beyan Formu'nu doğru, eksiksiz ve gerçeğe uygun şekilde doldurmakla yükümlüdür.

Sigortacı; beyan edilen bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda;

- Ek bilgi ve belge talep etme,
- Ek tetkik veya hekim görüşü isteme,
- Başvuruyu reddetme,
- Ek prim, limit, muafiyet, istisna veya bekleme süresi uygulama

haklarını saklı tutar.

Sigortalı adayının beyan yükümlülüğünü kasten veya ağır kusur sonucu ihlal ettiğinin tespiti halinde Sigortacı; ilgili mevzuat ve poliçe hükümleri çerçevesinde teminat kapsamını yeniden değerlendirme, tazminat talebini reddetme veya poliçeyi iptal etme haklarına sahiptir. Sigortalılar; kendileri ve bağımlıları hakkında sorulan sorulara doğru cevap vermek, bildikleri veya makul olarak bilmeleri gereken hastalık ve rahatsızlıkları eksiksiz olarak beyan etmekle yükümlüdür.

Sigorta ettiren; sigortalılara ait iletişim bilgilerinin, sigorta sözleşmesine ilişkin bilgilendirme, bildirim, poliçe teslimi ve operasyonel süreçlerde kullanılabileceğini kabul eder.

Gerçeğe aykırı beyan, bilgi gizleme, sahte belge kullanımı, haksız menfaat sağlama veya sigorta sisteminin kötüye kullanılması niteliğindeki işlemlerin tespiti halinde Sigortacı;

- İlgili sigortalıyı ve varsa bağımlılarını poliçe kapsamından çıkarma,
- Poliçeyi iptal etme,
- Ödenen tazminatlar için ilgili mevzuat kapsamında rücu etme,
- Gerekli yasal işlemleri başlatma

haklarını saklı tutar.

Sigortacı'nın, poliçe yürürlükte iken sigortalıya veya bağımlılarına ilişkin beyanların gerçeğe aykırı, eksik veya yanıltıcı olduğunu öğrenmesi halinde; Sigortacı yeniden risk değerlendirmesi yapabilir. Bu kapsamda Sigortacı;

- Yeni Başvuru ve Sağlık Beyan Formu talep etme,
- Ek bilgi ve belge isteme,
- Hekim görüşü veya tetkik talep etme,

- Ek şart uygulama,
- Teminat kapsamını değiştirme

haklarını saklı tutar.

Sigorta ettiren ile Sigortacı'nın mutabık kalması halinde, sigortalı adaylarından Başvuru ve Sağlık Beyan Formu alınmaksızın alternatif risk değerlendirme yöntemleri kullanılabilir. Bu durumda Sigortacı, gerekli görmesi halinde giderleri başvuru sahibine ait olmak üzere sağlık durumuna ilişkin hekim görüşü ve/veya tetkik talep edebilir.

Başvuru ve Sağlık Beyan Formları; Sigortacı tarafından hazırlanan fiziki formlar veya Sigortacı'nın yönlendirdiği elektronik platformlar aracılığıyla iletilebilir.

14.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Sigortacı; sigorta sözleşmesinin sona erme tarihinden önce poliçe bitiş tarihi ve yenileme işlemlerine ilişkin olarak sigorta ettireni, ayrıca poliçenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettireni ve/veya sigortalıyı yazılı veya elektronik iletişim araçları vasıtasıyla bilgilendirebilir.

Bilgilendirmelerde Sigortacı kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgileri esas alınır. İletişim bilgilerinde değişiklik olması halinde, Sigorta ettiren ve/veya sigortalı bu değişikliği gecikmeksizin Sigortacı'ya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür.

İletişim bilgilerinin eksik, hatalı veya güncel olmaması nedeniyle bildirimin ulaştırılamamasından Sigortacı sorumlu değildir. Sigortacı'nın kendi kayıtlarında yer alan son iletişim bilgilerine yaptığı bildirimler geçerli bildirim olarak kabul edilir.

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi amacıyla, poliçede yer alan sigortalı personele ve sigorta ettirene ait en az bir cep telefonu numarası veya elektronik posta adresinin Sigortacı'ya bildirilmesi zorunludur.

Sigortalı personel veya bağımlılarına ait iletişim bilgilerinin bulunmaması halinde, sigorta ettirene yapılan bildirim ilgili sigortalılara da yapılmış sayılır.

14.4. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler

Yatarak Tedavi, Ameliyat ile Evde Bakım ve Tedavi teminatları kapsamında devam eden tedaviler sırasında poliçenin yenilenmesi halinde;

- Yenileme tarihindeki saat 12.00'ye kadar gerçekteşen sağlık giderleri eski poliçe hükümleri kapsamında,
- Bu saatten sonra gerçekteşen sağlık giderleri ise yeni poliçe hükümleri kapsamında değerlendirilir.

Poliçenin yenilenmemesi veya ilgili hastalık/risk için yeni poliçede istisna uygulanması halinde, devam eden tedavilere ilişkin teminat süresi poliçe bitiş tarihinden itibaren en fazla 10 (on) gün ile sınırlıdır.

14.5. Rücu ve İstirdat Hakkı

Sigortacı, Poliçe Genel ve Özel Şartları kapsamında ödediği sağlık giderlerinden dolayı üçüncü kişilerin sorumluluğunun bulunması halinde, ilgili mevzuat çerçevesinde Sigortalı'nın haklarına halef olarak sorumlu kişilere rücu edebilir.

Sigortacı'nın;

- Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları'na,
- Sigortalı adına,
- Sigortalı hesabına

ödediği tutarların, sonradan poliçe hükümleri kapsamında karşılanmaması gereken bir ödeme olduğunun tespit edilmesi halinde, Sigortacı ilgili tutarların iadesini talep etme hakkına sahiptir.

Sigortalı'nın, sigorta ettirenin, sağlık kuruluşunun veya hekimin eksik, yanlış veya yanıltıcı bilgi ve belge sunması nedeniyle yapılan hatalı ödemeler de bu kapsamda değerlendirilir.

Sigortacı tarafından provizyon verilmiş veya ön onay sağlanmış olması; sonradan teminat dışılık, yanlış beyan, eksik bilgi, sahtecilik veya benzeri nedenlerin tespit edilmesi halinde Sigortacı'nın ilgili mevzuat ve poliçe hükümleri kapsamındaki haklarını ortadan kaldırmaz.

14.6. Ekonomik Yaptırımlar

Hiçbir sigorta/reasürans şirketi, işbu sözleşme ile Birleşmiş Milletler kararları veya reasürörün tabi olduğu yasalar veya düzenlemeler uyarınca, ticari veya ekonomik yaptırımlara, yasak ya da kısıtlamaya konu olabilecek ve kendisini yaptırıma maruz bırakacak herhangi bir teminatı vermiş sayılmayacak, böyle bir tazminatın ödenmesi veya menfaatin sağlanması yükümlü olmayacaktır.



Bireysel Özel Sağlık Sigortası



Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. markasıdır.

0850 226 0 123

www.katilimsaglik.com.tr

[f /katilimsaglik](https://www.facebook.com/katilimsaglik)
[@ /katilimsagliktr](https://www.instagram.com/katilimsagliktr)

[X /katilimsaglik](https://www.x.com/katilimsaglik)
[in /katilimsaglik](https://www.linkedin.com/company/katilimsaglik)



Katılım Sağlık
uygulamasını indirmek
için QR-Code'u okutun.

