

İÇİNDEKİLER

GRUP SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI	1
2. TANIMLAR	1
3. TEMİNATLAR	3
3.1. ANA TEMİNATLAR	3
3.1.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNATLARI	3
3.1.1.1. Ameliyat	4
3.1.1.2. Hastanede Tedavi (Ameliyatsız Tedavi)	4
3.1.1.3. Suni Uzun	4
3.1.1.4. Kemoterapi - Radyoterapi - Diyaliz	4
3.1.1.5. Kemoterapi - Radyoterapi - Diyaliz Tetkik	4
3.1.1.6. Küçük Müdahale	4
3.1.1.7. Oda-Yemek, Yoğun Bakım Teminatı	5
3.1.1.8. Refakatçi Teminatı	5
3.1.1.9. Acil Ulaşım	5
3.1.1.10. Rehabilitasyon ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı	5
3.1.1.11. Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavisi	5
3.1.1.12. Evde Bakım	6
3.1.1.13. Ameliyat Tazminat Teminatı	6
3.1.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI	6
3.1.2.1. Doktor Muayene	6
3.1.2.2. İlaç	6
3.1.2.3. Laboratuvar	7
3.1.2.4. Görüntüleme	7
3.1.2.5. Modern Teşhis	7
3.1.2.6. Fizik Tedavi	7
3.1.2.7. Yardımcı Tıbbi Malzeme	8
3.2. EK TEMİNATLAR	8
3.2.1. Annelik Teminatı	8
3.2.2. Yurtdışı Tedavi Teminatı	8
3.2.3. Gözlük Teminatı	8
3.2.4. Dış Tedavi Teminatı	8
3.2.5. 40 Yaş Üstü Mamografi Ve PSA	8
4. BEKLEME SÜRELERİ	8
5. İSTİSNALAR	9
6. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI	10
6.1. Limit Uygulaması	10
6.2. Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması	11
6.3. Kalan Limit Hesaplaması	11
6.4. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network	11
7. SİGORTA TEMİNAT VE PRİMLERİNDE DEĞİŞİKLİK	11
8. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	11
8.1. İlk Giriş ve Mevcut Sigortalılar İçin Yenileme Garantisi Uygulaması	11
8.2. Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması	12

8.3. Grup Poliçesinden Ferdi Poliçeye Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması	12
8.4. Kazanılmış Haklar	13
9. POLİÇEYE GİRİŞ İŞLEMLERİ	13
9.1. Sigortalanabilecek Kişiler	15
10. SİGORTALININ POLİÇEDEN ÇIKIŞI	15
11. PRİM TESPİTİ	15
11.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler	15
11.2. Prime İlişkin Düzenlemeler	16
12. POLİÇENİN YENİLENMESİ	16
13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	16
14. SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMALARI	17
15. TAZMİNAT İŞLEMLERİ	18
16. RÜCU	18
17. DİĞER	19
17.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	19
17.2. Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi,	19
17.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	19

GRUP SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. ("Katılım Emeklilik"), sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içerisinde kaza ve/veya hastalık/rahatsızlık sonucu oluşabilecek Sigortalıya ait sağlık giderlerini, poliçede belirtilen plan/lar, teminatlar, limitler, ödeme yüzdeleri, muafiyetler ve anlaşmalı kurum ağı (Network) kapsamında işbu Özel Şartlar ("Özel Şartlar") ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları ("Genel Şartlar"), var ise Ek Protokol, sigortacılık ve sağlık mevzuatı ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (Yönetmelik) dâhil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır. Poliçe kapsamında yer alan plan/lar, teminatlar, sadece poliçede Sigortalı olarak belirtilen kişiler için geçerli olup, poliçede Sigortalı olarak yer almayan kişiler sigorta teminat kapsamından yararlanamazlar.

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

2. TANIMLAR

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

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

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

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

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

Acil Durum: Sigorta Özel ve Genel Şartları gereği muafiyet, bekleme süresi ve istisnalar arasında yer almayan ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısı ile geciktirilmesi mümkün olmayan, tıbbi veya cerrahi tedavi gerektirdiğini belirten haklı bir görüşe yol açan ve Sigortacı tarafından acil olduğuna karar verilen durumdur.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan Acil Durumlar:

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

Ambulans: Tıbbi taşıma için özel olarak tasarlanmış ve acil durumlara ilişkin tıbbi eğitim almış özel personel tarafından kullanılan, tıbben o vakada kullanılması gerekli olduğu Sigortacı tarafından da onaylanan kara, hava veya deniz aracıdır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

İstisna: Sigorta teminatı kapsamı dışında bırakılan durumlardır.

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

Kaza: Sigortalı'nın doğal oluşan şartlardan veya herhangi bir hastalıktan kaynaklanmayan, ani ve dışarıdan gelen bir olaydan dolayı iradesi dışında meydana gelen olaylarla karşı karşıya kalmasıdır.

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

Kabul Edilebilir Harcama: Poliçe Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak, Sağlık Gideri olarak gönderilen toplam fatura tutarından varsa kapsam dışı giderler çıkarıldıktan sonra, onaylanan toplam tutardır. Onaylanan toplam tutara, varsa sigortalı katılım payı ve muafiyet tutarı da dâhildir.

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

Muafiyet: Sigortacı tarafından ödenmeyen tutar ve/veya durumlardır.

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

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

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

Risk Analizi: Sigortalı'nın geçmiş ve mevcut sağlık durumunun, Sigortalı'nın beyanı, sağlık, sigortalılık geçmişi ve gerekli görüldüğü durumlarda istenecek ek tetkik ve muayene sonuçlarının değerlendirilerek, sigorta sözleşmesinin yapılıp yapılamayacağı ya da hangi şartlarla yapılabileceğinin/yenilenebileceğinin Risk Kabul Birimi tarafından belirlenmesidir.

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

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

Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi – Hekim Uygulamaları Veri Tabanı (TTB-HUVAÜT_HUV) : Türk Tabipler Birliği tarafından yayınlanan, her tıbbi işlem ve tedavinin rakamsal karşılığının hesaplanmasında baz alınan referans liste.

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

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

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

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

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

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

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

a) Kişinin bir şikâyeteye 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 on beş (15) günden sonra farklı bir vaka olarak ele alınır. Aynı vakaya ait ilk on beş (15) gün içerisinde ortaya çıkan komplikasyonlar da aynı vaka içerisinde işlem görür.

d) Aynı vaka sürecinde ek bir etkenle (anestezi, ilaç yan tesiri, iatrojeni, stress, komplikasyon) etyoloji bakımından bağımsız yeni bir vaka ortaya çıkarsa ilk vakayı ilgilendiren tetkik ve tedaviler aynı vaka kapsamında, diğerleri farklı bir vaka olarak ele alınır.

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

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

3. TEMİNATLAR

3.1. ANA TEMİNATLAR

3.1.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNATLARI

Yapılacak tedavi ve işlemin ancak hastanede ve hastane olanaklı sağlık kurumunda yapılması şartıyla en az yirmi dört (24) saat yatış gerektiren işlemler Yatarak Tedavi olarak değerlendirilir.

Sigorta süresi içinde oluşan bir kaza veya hastalık nedeniyle hastanede yatarak tedavisi devam eden Sigortalı için teminat, poliçedeki teminat limitlerine, poliçede yer alan istisna ve muafiyetlere, bekleme sürelerine ve Poliçe Özel ve Genel Şartlarına tabi olmak koşuluyla aşağıda yer alan teminatlarda da işbu hüküm kapsamında Sigortacı tarafından karşılanır. Ancak, Sigortacı bünyesinde yenilenmeyen poliçelerde bu süre hiçbir şekilde poliçe bitim tarihinden itibaren on (10) günü geçemez. Poliçe iptal edildiği veya başka bir sigorta şirketine transfer olduğu takdirde ise, iptal tarihinden sonra gerçekleşen tedaviler kapsam dışındadır.

3.1.1.1. Ameliyat

Tedavinin ameliyat gerektirmesi durumunda; ameliyat öncesi anestezi doktorunun istemiş olduğu rutin pre-op tetkikler (HIV testleri ve Hepatit markerleri dâhil), ameliyathane kirası, operatör, anestezi uzmanı ve asistan doktor ücretleri, anestezi ilaç ve sarf malzemeleri, ICD, koklear implant ve vücut içi pompalar, kalp pili, kalp kapakçığı ve operasyon sırasında kullanılan özellikli malzemeler ile ameliyatla ilgili diğer giderler, koroner anjiyografi, dış gebelik, mol hidati-form ve PTCA (Percutane Transluminal Coronary Angioplasty) işlemlerine ilişkin giderler, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigortalı'nın, acil tıbbi durumlar haricinde, planlanmış ameliyatları için ameliyatı yapacak olan doktor tarafından doldurulacak Özel Sağlık Sigortası Bilgi Formunu, kırk sekiz (48) saat öncesinden Sigortacı'ya göndermesi gerekmektedir. Teminat kapsamına giren ve girmeyen ameliyatların bir arada yapılması durumunda ödenebilecek fatura tutarı, ameliyatların Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi (TTB-HUV) birimleri doğrultusunda ağırlıklı ortalama kullanılarak hesaplanır.

3.1.1.2. Hastanede Tedavi (Ameliyatsız Tedavi)

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

3.1.1.3. Suni Uzuv

Sigortalılık süresi içinde meydana gelen kaza veya hastalık sonucu gerekli olacak cerrahi giderler yatarak tedavi teminatı kapsamında, (sunî el, kol, bacak, meme, göz vb.) protez giderleri ile rekonstrüktif amaçlı giderler ise sunî uzuv teminatı limiti kapsamında değerlendirilir.

İlk sigorta başlangıç tarihinden önce var olan maluliyetler için kullanılacak sunî uzuvlar ve var olan sunî uzuvların yenilenmesine ilişkin giderler poliçe kapsamı dışındadır.

3.1.1.4. Kemoterapi - Radyoterapi - Diyaliz

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

Hepatit C tedavisinde kullanılan 'interferon alpha' etken maddeli ilaçlar (Roferon-A ya da Intron A) ve 'peginterferon alpha' etken maddeli ilaç (Pegasys ya da pegintron) giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.1.1.5. Kemoterapi - Radyoterapi - Diyaliz Tetkik

Kemoterapi ve Radyoterapi sonrasında, hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan muayene ve tetkiklere ait giderler ise, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz tetkik teminatı kapsamı kapsamında değerlendirilir. İlgili giderlerin, Kemoterapi - Radyoterapi - Diyaliz Tetkik teminatını aşması durumunda, sigortalının ayakta tedavi teminatları var ise, bu giderler ilgili ayakta tedavi teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

3.1.1.6. Küçük Müdahale

TTB-HUV'ye göre 149 birime kadar olan cerrahi ve ortopedik müdahaleler (tüm cilt kesikleri için yapılan girişimler, kırık ve çıkıklara yapılan müdahaleler, alçı veya atel uygulama, yabancı cisim çıkarılması, tam lezyon çıkarılması ile (eksizyonel) yapılan biyopsi işlemleri vb.) ayakta ya da yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamında değerlendirilir.

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

Müdahale öncesi/sonrası yapılan doktor muayeneleri ve tetkik giderleri, ilgili Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilir.

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

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

3.1.1.7. Oda-Yemek, Yoğun Bakım Teminatı

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

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

3.1.1.8. Refakatçi Teminatı

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

3.1.1.9. Acil Ulaşım

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

Sigortacı'nın onay vermesi kaydıyla, ancak aşağıdaki durumlarda hava/deniz ambulansı ve/veya hava taşımacılığı ile ilgili giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

- Sigortalı'nın bulunduğu yerde tedavisi mümkün değilse,
- Sigortalı'nın sağlık durumu, bulunduğu yere en yakın donanımlı sağlık merkezine kara ambulansı ile taşınmasına uygun değilse.

3.1.1.10. Rehabilitasyon ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı

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

Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi: Geçirilmiş ameliyatlar sonrasında gereken ortopedik rehabilitasyon (travma ve ortopedik ameliyatlar sonrasında rehabilitasyon, implante edilen protezlerin kullanımı, kontarktörlerin açılması) bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir. Her iki durumda da gereken tedavi maksimum 30 seans ile teminat kapsamına alınmıştır.

3.1.1.11. Trafik Kazası Sonucu Diş Tedavisi

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

3.1.1.12. Evde Bakım

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

Sigortalı'nın bu teminattan faydalanabilmesi için Sigortalı'nın veya Sigortalı'yı tedavi eden doktorun, Sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir sağlık personeli eşliğinde evde sürdürülmesi gerektiğini bir raporla Sigortacı'ya bildirmesi, hizmetin hastaneye yatış nedeniyle ilgili tedavinin devamını oluşturması, bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin evde bakım gerçekleşmeden önce Sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

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

3.1.1.13. Ameliyat Tazminat Teminatı

Poliçe geçerlilik döneminde ve teminat kapsamında olan ameliyat giderlerinin, Sigortacı'dan talep edilmemesi ve yapılan ameliyatın doktor raporları ile belgelenmesi halinde Sigortalı'ya ilgili ameliyatın SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) bedeli, Teminat Tablosu'nda belirtilen Ameliyat Tazminat Teminatı üst limiti ile ödenir.

Sigortalı'nın teminatlarında yıllık bir toplam muafiyet tutarı olması halinde, bu tutar düşülerek Sigortalı'ya ödeme yapılacaktır.

Bu teminatın kullanılması halinde aynı ameliyat veya tedavi ile ilgili olarak ikinci bir tazminat ödemesi yapılmayacaktır.

3.1.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, Sağlık Kurumları'nda yapılan doktor muayene, ilaç, görüntüleme işlemleri, laboratuvar işlemleri ile fizik tedavi giderleri aşağıda tanımlamaları yapılan Ayakta Tedavi Teminatları kapsamında poliçede yer alan istisna ve muafiyetlere, bekleme sürelerine ve Poliçe Özel ve Genel Şartlarına tabi olmak koşuluyla aşağıda yer alan teminatlarda da işbu hüküm kapsamında Sigortacı tarafından karşılanır.

3.1.2.1. Doktor Muayene

Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı diploma sahibi tıp doktoru tarafından yapılacak muayenelere ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak aynı doktorun on beşinci (15.) güne kadar yaptığı muayenelere ilişkin giderler, teminat kapsamı dışındadır.

Rutin jinekolojik muayeneler, göz muayeneleri, sıfır (0) ile iki (2) yaş arası çocukların rutin kontrolleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.1.2.2. İlaç

Doktor tarafından düzenlenen reçetede yazılı, Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı farmasötik ürünler ve teminat kapsamı içinde olan aşılarda, doktor reçetesi, ilaç kupürü (İlaç Takip Sistemi -İTS- çıktısı) ve fiş veya fatura asılları ile belgelenmiş olmak koşulu ile bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Her reçetede en fazla bir (1) aylık doza tekabül eden ilaç giderleri karşılanacaktır. Ancak teminat kapsamında olan kronik hastalıklarla ilişkin ilaçlar, ilgili ilaçların sürekli kullanılma neden ve gerekçesini belirten doktor raporu fotokopisi ve üzerinde sürekli kullanılacağı belirtilen ilaçlara ait reçete fotokopisinin Sigortacı'ya iletilmesi halinde, poliçe dönemine denk gelen rapor süresi boyunca karşılanacaktır.

Doktor muayene sonrası düzenlenen reçetelerde, doktorun veya sağlık kuruluşunun yasal olarak bulundurması zorunlu olan 'Hasta Kayıt Defteri'ndeki protokol numarası ve Sigortalı'ya konulan teşhisin yazılı olması, ayrıca doktorun diploma numarası ve uzmanlık dalını gösteren kaşesi ve imzasının bulunması gerekmektedir. Bu formata uymayan reçeteler kabul edilmeyecektir.

Reçetenin yazıldığı tarihten itibaren en geç beş (5) gün içinde ilaçlar alınmalıdır. Beş (5) günlük sürenin aşılması durumunda reçete geçersiz sayılacak ve işlem yapılmayacaktır.

Reçetede belirtilen ilaç dozu dikkate alınarak yapılan hesaplama göre ilacın kullanım süresi dolmadan aynı etken maddeli ilaç talepleri kabul edilmeyecektir.

Tedavi için hayati önem taşıyan, Türkiye'de muadili bulunmayan ilaçlar U.S. Food and Drug Administration (FDA) onaylı olması ve Türkiye'ye yasal yollarla getirilmesi (Türk Eczacılar Birliği aracılığı ile) şartıyla bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Tedaviyi gerçekleştiren doktorun yazdığı ve gerekli gördüğü vitaminler, serum fizyolojik preparatlar, antihistaminik ilaçlar, astım ve alerjik rinit tedavisi için kullanılan spreyle, Sağlık Bakanlığı'ndan onaylı olmak şartı ile bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Tedavi amaçlı doğum kontrol hapları ile ilgili giderler, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

İşyeri hekimi tarafından personel için yazılan reçeteler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Reçete edilecek ilaçlar ile ilaçların uygulanması için yapılan her türlü enjeksiyon (IM, IV, intraartiküler-eklem içi ve tetik nokta enjeksiyonları gibi) giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.1.2.3. Laboratuvar

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

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

Rutin smear testleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.1.2.4. Görüntüleme

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

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

3.1.2.5. Modern Teşhis

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

3.1.2.6. Fizik Tedavi

Hastalığın tedavisi için gerekli görülen fizik tedavi giderleri, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Fizik tedavi yapılması sırasında faturalandırılan oda-yemek-refakatçi, doktor takibi, vb. giderler kapsam dışıdır.

3.1.2.7. Yardımcı Tıbbi Malzeme

Hastalığın tedavisi için gerekli olan atel, elastik bandaj, ortopedik tabanlık, bot, boyunluk, varis çorabı, koltuk değneği, dizlik, bileklik, kol askısı, oturma simidi, tıbbi nebulizatör, işitme cihazı (cihaz bakımı ve sarf bedelleri hariç) bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.2. EK TEMİNATLAR

3.2.1. Annelik Teminatı

Doğumun sonlandırılması işlemi için yapılan normal doğum veya sezaryen işlemlerine ait doktor ve hastane giderleri ile hamilelik döneminde tıbbi gereklilik halinde amniosentez işlemi, hamilelik, düşük, zorunlu kürtaj, doğum ve sezaryen komplikasyonlarına bağlı yatışlar Doğum Teminatı, hamileliği ilgilendiren her türlü kontrol muayene, rutin tetkik ve ilaçlar ise Hamilelik Rutin Kontrol Teminatı kapsamında değerlendirilir.

Doktorun uygun gördüğü doğum kontrol yöntemleri (vazektomi, tüp ligasyonu ve rahim içi araç uygulaması), teminat tablosunda belirtilen limit ve sigortalı katılım payı oranları dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.2.2. Yurtdışı Tedavi Teminatı

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

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

3.2.3. Gözlük Teminatı

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

3.2.4. Diş Tedavi Teminatı

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

3.2.5. 40 Yaş Üstü Mamografi Ve PSA

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

4. BEKLEME SÜRELERİ

Sebebe ve klinik seyri dikkate alınmaksızın poliçe süresi içinde ortaya çıkan ve aşağıda belirtilen durumlar (kaza tespit tutanağı beraberinde değerlendirilmek üzere trafik kazası durumları hariç), ilk sigortalanma tarihinden başlamak üzere ayakta ve yatarak tedavi teminatları için on iki (12) aylık bekleme süresi boyunca teminat kapsamı dışındadır

Bekleme Süresine Tabi olan Konular:

- Omuz, kalça ve kalça eklemi, dirsek, ayak bileği eklemine yönelik cerrahi girişimler,
- Diz problemleri (menisküs, tendon, bağlara ait patolojiler ve kondral problemler) karpal ve tarsal tunel sendromları,
- Safra kesesi hastalıkları, üriner sistem taşları, prostat hastalıkları, hidrosel, sistosel-rektosel,
- Tüm fıtıklar, omurga cerrahisi,
- Geniz eti, nazal polip, ventilasyon tüpü, bademcik ve sinüzit ile ilgili operasyon giderleri,

- Varikozel, her tür varis (Yüzeysel olan varis ile ilgili kapsam dışıdır.), anevrizma,
- Hemoroid, anal fissür-fistül, pilonidal sinüs,
- Benign (iyi huylu) tiroid bezi hastalıkları,
- Her türlü benign kist ve kitle,
- Benign rahim ve yumurtalık hastalıkları,
- Glokom, katarakt, retinal deformiteler / patolojiler,
- Hamilelik ve Doğum ile ilgili tüm giderler,
- Kalp Kapak Hastalıkları,
- Kronik Böbrek Yetmezliği, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH),
- Menopoz ve Osteoporoz ile ilgili tüm giderler.

5. İSTİSNALAR

Aşağıda belirtilen haller ve bu sebeple yapılacak sağlık giderleri teminat kapsamı dışındadır.

- 5.1. Özel şartlarda tanımlanmış olsun ya da olmasın poliçenin teminat tablosunda belirtilmeyen haller,
- 5.2. Sigortalı olunmadan önce var olan hamilelikler, beyan edilmemiş rahatsızlık ve hastalıklar ile bu hastalıkların periyodik devamlılık ve nüksleri,
- 5.3. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformitelerin tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,
- 5.4. Yeni doğan bebeklerin doğuştan gelen hastalıkları, kuvöz ve prematüre giderleri,
- 5.5. Yedi (7) yaş altı çocuklarda göbek ve kasık fıtıkları,
- 5.6. Parkinson, MS, Epilepsi, Skolyoz, Kifoz, Halluks Valgus ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri,
- 5.7. HIV virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm giderler, AIDS ve komplikasyonları,
- 5.8. Her tür nedenle sünnet,
- 5.9. Penil protez, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
- 5.10. Genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar, kondiloma aküminata, HPV enfeksiyonları, genital ve anal molluscum contagiosum, sifilis, gonore,
- 5.11. Düşük nedenlerinin araştırılması, infertilite (kısırlık) teşhis ve tedavisi (ovülasyon takibi, infertilite tetkiki amaçlı yapıldığı belirlenen HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.)
- 5.12. Demansiyel sendromlar (alzheimer hastalığı ve bunamalar), psikiyatrik, geriatric hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili tüm giderler, psikiyatrik ilaçlar ve zekâ testi vb. tetkikler, her ne nedenle yapılsa yapılsın ses ve konuşma terapileri,
- 5.13. Kozmetik amaçlı yapılan her türlü tedavi, kilo kontrol bozuklukları ile ilgili (şişmanlık veya zayıflık) tetkik ve tedavi giderleri, hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili giderler,
- 5.14. Organ ve kan naklinde verici giderleri, organ ücreti ve organın ulaştırılması giderleri,
- 5.15. Şaşılık ve gözde kırma kusuru tedavisine yönelik operasyonlar,
- 5.16. Hastalık, Kaza sonucu veya yanma sonucu olmadığı takdirde estetik ve rekonstrüktif cerrahi, jinekomasti tetkik ve tedavileri, meme küçültme ve büyütme ameliyatları,
- 5.17. Genetik hastalıklar, genetik kusurlar ve genetik incelemeler,
- 5.18. Yalancı gebelik ile ilgili her türlü gider
- 5.19. Alerji aşıları ve alerjik hastalıkların klasifikasyon testleri,
- 5.20. Sağlık Bakanlığı Aşı Takviminde yer alan sıfır-altı (0-6) yaş arasındaki çocukların rutin aşıları ile kuduz ve tetanoz aşıları dışındaki tüm aşılar ve bu aşılarla ilgili test giderleri,
- 5.21. Horlama ve uyku apne sendromu, septal deviasyon, konka hipertrofisi, nazal valv hastalıklarına ait tüm giderler,
- 5.22. Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner CT Anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi), sanal anjiyo, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
- 5.23. Kordon kanı ve kök hücre alınması, nakli ve işlenmesi ile ilgili tüm giderler,
- 5.24. Motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler,
- 5.25. 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, alet-cihaz kira bedeli (robotik cerrahi için robot kullanımı kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler,

- 5.26. Kaplıca kürleri, çamur banyoları, şifa kürleri, masaj, jimnastik salonları ve zayıflama merkezleriyle ilgili giderler, çocuk bakımı, çocuk maması, bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili tüketim malzemeleri, alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan (tedavi amaçlı kullanılan medikal şampuanlar hariç), saç solüsyonu, diş macunu, tatlandırıcı, kozmetik ürünler,
- 5.27. Özel hemşire giderleri, telefon, hasta ve refakatçi yemekleri haricindeki yiyecekler ve benzeri tüm ekstra harcamalar, süit oda farkı,
- 5.28. Sigortalı'nın alkolizm ve uyuşturucu madde bağımlılığı ile ilgili her türlü giderleri, alkol zehirlenmesi, alkol kullanımı sonrası olabilecek hastalık ve kazaların gerektirdiği tedavi giderleri,
- 5.29. Poliçede belirtilen "Doktor" ve "Sağlık Kurumu" tanımına uymayan kişi ve kurumlara ait faturalar,
- 5.30. Bilimselliği kanıtlanmamış Deneysel ya da Araştırma amaçlı yapılan işlemler, well-being, alternatif tıp yöntemleri (akupunktur, mezoterapi vb.) ile ozon terapisi,
- 5.31. İlaç olarak kabul edilmeyen madde ile Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat verilmemiş tüm ilaçlar,
- 5.32. Hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol amaçlı yapılan işlemler,
- 5.33. Dağcılık ve tırmanma, kano, gökyüzü kayağı, paraşüt, planör, delta-kanat, balon, motosiklet ve otomobil sporu, sivil havacılık, binicilik, su sporları, dalgıcılık ve tüm yarışlar ile tüm profesyonel ve lisanslı olarak yapılan sporların sonuçları ile ilgili tüm giderler,
- 5.34. Sigortalı'nın ehliyetli araç kullanımı sonucu olan kazaların gerektirdiği tedavi giderleri,
- 5.35. Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
- 5.36. Anlaşmalı ya da Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında poliçe teminatları kapsamında değerlendirilecek işlemlere ait doktor ücretlerinde talep edilen öğretim üyesi farkı (Doçent, Profesör doktor ücreti farkı),
- 5.37. Trafik kazası ve adli vaka sonucu oluşan durumlar ve diş tedavi ek teminatının olduğu durumlar hariç; diş, diş eti, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonları ile diş hekimi tarafından yazılan reçeteler,
- 5.38. Numaralı olsa dahi güneş gözlüğüyle ilgili giderler.
- 5.39. Geri Ödeme Alınmayacak Kurumlarda gerçekleşen işlemler ile hekimlere ait giderler.
- 5.40. Sigortalının hastalık sonucu çalışmaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası
- 5.41. Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası
- 5.42. Dünya sağlık örgütü ve/veya Sağlık Bakanlığı tarafından duyurusu yapılmış salgın hastalıklar ve buna bağlı sendromlara ait her türlü sağlık gideri SUT ve/veya TTBAÜT-HUV da karşılığı olmayan tedavi edici özelliği kanıtlanmamış ve tedavi listesinde yer almayan (PRP dahil) işlemler
- 5.43. Fimozis tedavisi
- 5.44. Gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler
- 5.45. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri,
- 5.46. Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider,
- 5.47. Poliçede belirtilen "Doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
- 5.48. Psikiyatrik hastalık tedavisiyle ilgisi olsun veya olmasın, psikotrop ilaçlar, psikiyatrik hastalıklar, psikiyatri kliniklerinde ve/veya psikiyatri doktorları ve psikologlar tarafından yapılan tetkik ve tedaviler,
- 5.49. Grip aşısı
- 5.50. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi vb. nedenlerle alınan sağlık kurulu raporu için yapılan giderler,
- 5.51. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalarla ilgili giderler,
- 5.52. Doktorlardan ve sağlık kurumlarından kaynaklanan hatalı tedavi ve ameliyat neticesi ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle oluşan giderler

6. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

6.1. Limit Uygulaması

Her kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitleri poliçe üzerinde belirtilmektedir. Alt teminatlar, bağlı bulundukları kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitlerinden düşülerek kullanılır.

6.2. Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması

Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu, Anlaşmasız Sağlık Kurumu ve Yurtdışı Sağlık Kurumu vb. olmak üzere her kurum tipi için poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dâhilinde ödeme yapar. Ödeme yüzdesinden artakalan katılım payı ise sigortalı tarafından karşılanır.

6.3. 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.

6.4. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network

Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Networkler, Şirketimizin kurumsal internet sitesi olan www.katilimemeklilik.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir.

Sigortacı, Networkler dâhilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Networkler dâhilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Networkte yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur. Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon alınmalıdır. Tercih edilen Network kapsamında, provizyon alınarak gerçekleşen sağlık giderleri için teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde "doğrudan ödeme" sağlanır.

Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasında yer alması, bu kişi veya kurumların Sigortacı tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kişi veya kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Sigortacı tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Sigortacı'nın sorumlu luğuna gidilemez.

7. SİGORTA TEMİNAT VE PRİMLERİNDE DEĞİŞİKLİK

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

8. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

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

8.1. İlk Giriş ve Mevcut Sigortalılar İçin Yenileme Garantisi Uygulaması

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

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

8.2. Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması

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

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

- Kalp ve damar hastalıkları (hasta sinüs sendromu, kardiyomyopati, emboli, serebrovasküler hastalıklar, anevrizma, kalp yetmezliği, iskemik kalp Hastalıkları, miyokard enfarktüsü, kalp kapak hastalıkları, By-Pass geçirenler, PTCA, Stent vb),
- Kanseri,
- Metabolik ve endokrin hastalıklar (diyabet, addison hastalığı, cushing sendromu vb.)
- Böbrek hastalıkları (böbrek yetmezlikleri, tek böbrekliler, polikistik böbrek, üremi, nefrit, sünger böbrek, vb.),
- Organ yetmezlikleri ve organ nakilleri,
- Merkezi sinir sisteminin organik ve ilerleyici hastalıkları (alzheimer, parkinson, serebral palsi, multipl skleroz vb.),
- Motor nöron hastalıkları,
- Her türlü kist-kitle (pankreatik kist beyinde kitle vb.),
- Karaciğer (siroz, tüm hepatitler vb.) ve akciğer hastalıkları (Tüberküloz, Sarkoidoz, Pnömonyoz, KOAH amfizem, pulmoner hipertansiyon vb.),
- İmmün sistem hastalıkları (sistemik lupus eritematosus, gulliane barre vb.)
- Diğer Kronik Hastalıklar (Romatoid Artrit, Ankilozan Spondilit, Behçet, FMF, hemofili, pansitopeni, ITP, aplastik anemi, omurilik hasarı ve fıtıkları, mide fıtığı, hidrosefali, crohn, ülseratif kolit, myastenia gravis, myopatiler, muskuler distrofiler, pankreatit)
- Eğer kazanılmış bir ÖBYG hakkı yok ise 8.1 maddesi uygulanacaktır.

8.3. Grup Poliçesinden Ferdi Poliçeye Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması

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

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

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

Sigortacı'nın ÖBYG verdiği Sigortalılarına sunduğu bireysel sağlık poliçesi, poliçenin yürürlükte olduğu dönemdeki (tüm portföyü için geçerli olan) bireysel Özel Şartlara tabidir. ÖBYG verilmiş olsa dahi Sigortalı'nın kullanımlarına istinaden, Sigortacı'nın tazminat/prim oranına bağlı indirim ve/veya ek prim uygulama hakkı devam eder.

Yaşam boyu gün limiti (720 gün) aşılmadığı sürece, "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" geçerlidir.

8.4. Kazanılmış Haklar

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

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

Sigorta Ettiren bünyesinde poliçeye ara dönemde giriş yapacak olan Sigortalı'ların poliçe kapsamına dâhil olmadan önce başka bir sigorta şirketinde devam eden grup ya da ferdi sağlık poliçesinden ötürü kazanılmış hakları varsa, bu haklar iki sigorta arasında otuz (30) günden fazla bir kesinti olmaması ve Sözleşme'de belirtilen giriş maddesindeki başvuru gün sınırlandırmasına uygun olması şartı ile madde 8.2 dâhilinde kazanılmış hakları devralınır.

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

Sigortalı'nın önceki sigortalılık bilgisi Sigortacı'ya bildirilmediyse, sonradan kanıtlanması halinde kazanılmış hakları madde 8.2 dâhilinde devralınır.

9. POLİÇEYE GİRİŞ İŞLEMLERİ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- İlk defa sigortalananlar: Sigortalı adaylarına risk analizi yapılacak ve bekleme süresi uygulanacaktır.
- Başka şirketten geçişler: Geçiş bilgilerinin yedi (7) gün içerisinde bildirilmesi koşuluyla 8.2 Maddesi uygulanacaktır.

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

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

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

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

9.1. Sigortalanabilecek Kişiler

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

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

Ancak, personel sigortalanmadan eş ve çocukları sigorta kapsamına alınamaz.

10. SİGORTALININ POLİÇEDEN ÇIKIŞI

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

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

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

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

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

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

11. PRİM TESPİTİ

11.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

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

11.2. Prime İlişkin Düzenlemeler

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

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

12. POLİÇENİN YENİLENMESİ

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

13. POLİÇE İPTAL ESASLARI

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

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

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

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

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

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

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

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

14. SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMALARI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. TAZMİNAT İŞLEMLERİ

Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık harcamalarında, fatura aslı ve diğer ilgili belgelerin Sigortacı'ya gönderilmesi gerekmektedir. Bir tazminatla ilgili tüm belgeler birlikte gönderilmeli ve her türlü tetkik, tahlil, röntgen ve benzeri harcamaların doktor talebine istinaden yapıldığı belgelenmelidir. Sigortacı gerekli görmesi halinde tedavi giderleri için daha fazla araştırma yapmak, Sigortalı'nın tedavisini gerçekleştirecek olan doktor, sağlık kurumu ve diğer kişilerden tanı ve/veya tedavi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, Sigortalı'yı referans hekime muayene ettirmek hakkına sahiptir.

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

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

- Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor ve/veya tedavi görülen sağlık kuruluşu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- Tüm giderlerin fatura asılları ve fatura dökümleri,
- Hastanede yatarak veya yatmadan yapılan ameliyatsız veya ameliyatsız tedavi ve müdahalelerde, epikriz/anamnez raporu/ameliyat raporu, patoloji raporu,
- Rahatsızlığın teşhis/takibine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- Reçetenin aslı, ilaç kupürleri ya da ilaç takip sistemi çıktısı ve eczaneden alınan kasa fişi veya fatura,
- Sinüzit ameliyatlarından önce Sigortalı'ya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,
- Fizik tedavilerinde, varsa tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.) ve ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü),
- Her türlü adli olaylarda (trafik kazası dâhil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),
- Yurtdışında yapılan tedavilere ait doktor raporları ve yapılan tetkiklere ait sonuçların Türkçe tercümeleri (İngilizce dışındaki dillerde olan belgeler için), ayrıntılı fatura dökümü, fatura yoksa ödendi belgesi,
- Diş tedavilerinde diş grafisi,
- Gözlük ve lens faturalarında, gözlük reçetesi, gözlük model numarasının yazılı olduğu garanti belgesi kopyası,

Sigortalı faturasının poliçe şartlarına uygun olan kısmı, başvuru aşamasında bildirilen Sigortalı banka hesabına yatırılacaktır.

16. RÜCU

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

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

17. DİĞER

17.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

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

17.2. Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi

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

17.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

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

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede Sigortalı olan personel ile Sigorta Ettiren'e ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin Sigortacı'ya iletilmiş olması zorunludur. Personelin/ aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda poliçede bilgisi olan Sigorta Ettiren'e bildirim yapılır ve bilgilendirme, poliçedeki personel ve aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.