

## İÇİNDEKİLER

### BİREYSEL KATILIM SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KAPSAMI, KONUSU VE SÜRESİ	1	4.1.1.12. Ameliyat Tazminat Teminatı	7
2. COĞRAFİ SINIR	1	4.1.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI	7
3. TANIMLAR	1	4.1.2.1. Doktor Muayene	7
3.1. Sigortacı	1	4.1.2.2. İlaç	7
3.2. Sigortalı	1	4.1.2.3. Laboratuvar	8
3.3. Sigorta Ettiren	1	4.1.2.4. Görüntüleme	8
3.4. Poliçe	1	4.1.2.5. Modern Teşhis	8
3.5. Plan	1	4.1.2.6. Fizik Tedavi	9
3.6. Poliçe Başlangıç Tarihi	1	4.1.2.7. Yardımcı Tıbbi Malzeme	9
3.7. Poliçe Bitiş Tarihi	1	4.1.3. EK TEMİNATLAR	9
3.8. Poliçe Tanzim Tarihi	1	4.1.3.1. Ek Teminat	9
3.9. İlk Sigortalanma Tarihi	1	4.1.3.2. Annelik Teminatı	9
3.10. Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi	1	4.1.3.3. Yurtdışı Tedavi Teminatı	9
3.11. Özel Şartlar	1	4.1.3.4. 40 Yaş Üstü Mamografi ve PSA	9
3.12. Sağlık Sigortası Genel Şartları	1	5. BEKLEME SÜRELERİ	10
3.13. Katılım Emeklilik Müşteri Hizmetleri	2	6. İSTİSNALAR	10
3.14. Bireysel Sağlık Sigortası	2	7. KATILIM SAĞLIK AVANTAJLARI	12
3.15. Hastalık/Rahatsızlık	2	8. COĞRAFİ KAPSAM	12
3.16. Mevcut Hastalık/Rahatsızlık	2	9. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI	12
3.17. Başvuru ve Bilgilendirme Formu	2	9.1. Limit Uygulaması	12
3.18. Beyan Yükümlülüğü	2	9.2. Ödeme Yüzdesi/Katılım Payı	12
3.19. Risk Değerlendirme	2	9.3. Muafiyet Uygulaması	12
3.20. İstisna	2	9.4. Kalan Limit Hesaplaması	13
3.21. Muafiyet	2	9.5. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network	13
3.22. Hastalık Ek Primi	2	9.6. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tanzim Edilmesi	13
3.23. Limit	2	10. TAZMİNAT ÖDEMESİ	14
3.24. Prim	2	11. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	14
324.1. Sağlık Tarife Primi	2	11.1. Poliçenin Yenilenmesi	14
324.2. Sağlık Primi	2	11.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi	14
324.3. Sağlık Net Primi	2	12. PRİM TESPİTİ	16
324.4. Toplam Poliçe Primi	3	12.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler	16
3.25. Sağlık Hizmet Tarifesi	3	12.2. Prime İlişkin Düzenlemeler	16
3.26. Sağlık Kurumu	3	12.3. Hastalık Ek Primi	16
3.27. Anlaşmalı Kurum	3	12.4. Tazminat Kullanımına Bağlı İndirim	16
3.28. Anlaşmasız Kurum	3	12.5. Risk Ek Primi	17
3.29. Tazminat	3	12.6. Geçiş İndirimi	17
3.30. Teminat	3	12.7. Aile İndirimi	17
3.31. Limit	3	12.8. Diğer İndirimler ve Ek Primler	17
3.32. Muafiyet	3	12.9. Fark Primi Zeyili	17
3.33. Ödeme Yüzdesi	3	13. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	17
3.34. Katılım Payı	3	13.1. Yeni Sigortalı Girişi	17
3.35. Yeni İş Poliçe	3	13.2. Devam Eden Poliçe Yeni Giriş İşlemleri	17
3.36. Transfer/Geçiş Poliçe	3	13.3. Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar	18
3.37. Yenileme Poliçe	3	13.4. Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)	18
3.38. Zeyilname	3	13.5. Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun Değerlendirilmesi	18
3.39. Acil Durum	3	14. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	19
3.40. Terör	4	14.1. Sigorta Süresi ve Sigorta Sözleşmesinin Sona Ermesi	19
3.41. Alternatif Tedavi	4	14.1.1. Sigorta Süresi	19
4. TEMİNATLAR	5	14.1.2. Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması	19
4.1. ANA TEMİNATLAR	5	14.1.3. Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı'nın İptal Hakkı	19
4.1.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNATLARI	5	14.1.3.1. Başlangıçtan İptal Hakkı	19
4.1.1.1. Ameliyat	5	14.1.3.2. Sigorta Süresince İptal Hakkı	19
4.1.1.2. Hastanede Tedavi (Ameliyatsız Tedavi)	5	14.1.3.3. Vefat Durumu	19
4.1.1.3. Suni Uzuv	5	15. EKLER	20
4.1.1.4. Kemoterapi - Radyoterapi - Diyaliz	5	15.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	20
4.1.1.5. Küçük Müdahale	5	15.2. Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğun Yerine Getirilmesi	20
4.1.1.6. Oda-Yemek, Yoğun Bakım Teminatı	6	15.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	20
4.1.1.7. Refakatçi Teminatı	6	15.4. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler	21
4.1.1.8. Acil Ulaşım	6	15.5. Rücu ve İstirdat Hakkı	21
4.1.1.9. Rehabilitasyon ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı	6	15.6. Ekonomik Yaptırımlar	21
4.1.1.10. Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavisi	7		
4.1.1.11. Evde Bakım	7		

# BİREYSEL KATILIM SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

## 1. SİGORTANIN KAPSAMI, KONUSU VE SÜRESİ

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 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.

Sigorta poliçeleri sözleşme süresi bir (1) yıldır. Poliçe başlangıç tarihi Türkiye saati ile öğlen saat 12.00'de başlar ve poliçe bitiş tarihinde öğlen saat 12.00'de sona erer.

## 2. COĞRAFİ SINIR

Poliçe yer alan teminat tablosunda yurtdışı kapsamının tercih edilmiş olması kaydıyla ilgili teminatlar tüm dünyada aksi takdirde sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırlarında geçerlidir.

## 3. TANIMLAR

**31. Sigortacı:** Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde kurulmuş ve ilgili branşlar da faaliyet ruhsatı bulunan işbu özel şartlar ile düzenlenen sağlık sigorta poliçelerinde sigortacı Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'dir.

**32. Sigortalı:** Poliçede ismi yazılı kişi/kişilerin kaza ve/veya hastalık/rahatsızlıkları teminat altına alınmış kişilerdir.

**33. Sigorta Ettiren:** Sigorta sözleşmesini poliçede belirtilen kişi veya kişiler için sigorta poliçesini yapan, sigorta primlerini yapmayı kabul eden ve sigortadan doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan gerçek veya tüzel kişilerdir.

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

**35. Plan:** Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki bilgidir.

**36. 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.

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

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

**39. İlk Sigortalanma Tarihi:** Sigortalının özel sağlık sigortası kapsamına ilk giriş yaptığı ve Sigortacı tarafından kabul edilen ilk sigortalanma tarihini ifade eder.

**310. Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi:** Başvuru ve bilgilendirme formunda yer alan sigorta ettiren ve sigortalılara ait adres ve telefon bilgilerini ifade eder.

**311. Özel Şartlar:** Ürüne özel kurallar ve şartları içeren poliçenin ayrılmaz parçasını oluşturan belgedir.

**312. Sağlık Sigortası Genel Şartları:** T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Genel Şartların en güncel hali [www.tsb.org.tr](http://www.tsb.org.tr) web sitesinde yer almaktadır.

- 3.13. Katılım Emeklilik Müşteri Hizmetleri:** Sigortalıların sağlık poliçeleri ile ilgili her türlü istek, öneri ve şikâyetlerini aktarabildikleri 0850 226 0 123 no'lu telefon hattıdır.
- 3.14. Bireysel Sağlık Sigortası:** Bireylerin tek başına veya anne, baba, eş, evlenmemiş çocukları ile birlikte yer alabileceği poliçe türüdür.
- 3.15. Hastalık / Rahatsızlık:** Sigortalının vücut fonksiyonlarında gerçekleşen bozulma, yavaşlama veya artma gibi durumlar sonucu doktora başvurmasını gerektirecek durumları ifade eder.
- 3.16. Mevcut Hastalık/Rahatsızlık:** Poliçe başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan her türlü hastalık ve rahatsızlığı ifade eder.
- 3.17. Başvuru ve Bilgilendirme Formu:** Sigortalı adayına ait bilgileri (kimlik, iletişim, sağlık beyanı, hesap numarası), tercih edilen poliçe kapsamını (Network, teminat, limit, ödeme yüzdesi, muafiyet gibi) ve prim ödeme planını içeren ve sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özelliklerinin belirtildiği sigortalılar ve sigorta ettiren tarafından imzalanması gereken Sigortacı tarafından da teklif özelliği taşıyan belgedir.
- 3.18. Beyan Yükümlülüğü:** Sigorta ettiren/Sigortalı tarafından sigorta sözleşmesi yapılması için yapılan ilk başvuru veya poliçe sürecinde poliçede yer alacak her aile bireyi için riskin değerlendirilmesini etkileyecek tüm hastalık veya rahatsızlıkların ve ilave istenecek olan tetkik, teşhis ve doktor raporu gibi hususları Sigortacı'ya bildirmekle yükümlüdür. Sigortacı'nın yükümlü olduğu bilgilendirmeleri yapabilmek adına başvuru ve bilgilendirme formunda iletişim bilgileri eksiksiz yazılmalı, değişiklik olması halinde ise bu bilgilerin Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir.
- 3.19. Risk Değerlendirme:** Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın beyanlarını ve/veya sağlık bilgilerini değerlendirerek, hangi şart ve koşullarda sigorta sözleşmesinin kurulacağına ya da sigorta sözleşmesinin kurulmaması için sigortacının yaptığı değerlendirmedir.
- 3.20. İstisna:** Poliçe başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/rahatsızlıkların) Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucunda poliçe kapsamı dışında bırakılmasıdır.
- 3.21. 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.
- 3.22. 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.
- 3.23. 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.
- 3.24. Prim:** Sigortalının teminatları, ödeme yüzdeleri, Yaş, cinsiyet, ikamet ili gibi risk bilgileri sonucu ortaya çıkan sağlık primini ifade eder.
- 3.24.1. Sağlık Tarife Primi:** Sigortalı'nın teminatları, ödeme yüzdesi, Network'ü, ikamet ili, yaşı, cinsiyeti gibi risk profil kriterleri dikkate alınarak belirlenen sağlık baz primini ifade eder.
- 3.24.2. Sağlık Primi:** Sağlık Tarife Primi üzerine her bir Sigortalı için varsa Hastalık Ek Priminin ilave edilmesi ile oluşan prim tutarıdır.
- 3.24.3. Sağlık Net Primi:** Sağlık Primi üzerine, poliçe özel şartlarına istinaden hak edilen indirimler ile varsa dönemin kampanya indirimleri uygulandıktan sonra oluşan prim tutarıdır.

- 3244. Toplam Poliçe Primi:** Sağlık Net 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 Ettiren'in ödemekle yükümlü olduğu sigorta poliçesinin toplam bedelidir.
- 325. Sağlık Hizmet Tarifesi:** Sağlık hizmeti veren kurumlar ile Katılım Emeklilik arasında yaptığı sözleşme ile tıbbi hizmet ücretlerinin uygulama ve ilkelerinin belirlendiği referans tarifelerdir. (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Türk Dış Hekimleri Birliği Tarifesi (TDB) vb.
- 326. 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.
- 327. Anlaşmalı Kurum:** 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.
- 328. Anlaşmasız Kurum:** Sigortacı tarafından provizyon verilmeyen, sağlık giderlerini doğrudan sigortalıdan (elden) alan sağlık kurumları, eczane ve özel doktor muayenehaneleridir.
- 329. Tazminat:** Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği teminat kapsamında değerlendirilen sağlık giderlerinin, ilgili poliçe döneminde yer alan teminat, limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak ödenen tutarıdır.
- 330. Teminat:** Sigortalıların Sağlık giderlerinin Poliçe Özel ve Genel Şartları dâhilinde Sigortacı tarafından onaylanan ve/veya ödenen tutardır.
- 331. Limit:** Poliçede belirtilen her bir teminat için ödenebilecek yıllık brüt tazminat tutarıdır.
- 332. Muafiyet:** Tazminat ödemesine konu olan sağlık giderinin sigortalı tarafından ödenmesi üstlenilen kısmıdır.
- 333. Ödeme Yüzdesi:** Poliçedeki belirtilen teminatların her biri için sigortalı tarafından ödenmesi gereken kısmıdır.
- 334. Katılım Payı:** Poliçedeki belirtilen teminatların ödeme yüzdesi/ muafiyet sonrası artakalan ve sigortalı tarafından ödenmesi gereken kısmıdır.
- 335. Yeni İş Poliçe:** Sigorta Ettiren'in Bireysel Katılım Emeklilik Sağlık Sigorta ürünlerinden birini tercih ederek Sigortalı adına Sigortacı ile sözleşme akdettiği ve Sigortalı'nın kesintisiz olarak yer aldığı bireysel sağlık poliçelerinden ilkidir.
- 336. Transfer/Geçiş Poliçe:** Sigorta Ettiren'in Bireysel Katılım Emeklilik Sağlık Sigorta ürünlerinden birini tercih etmesi sebebiyle diğer sigorta şirketlerinden veya Tam Katılım Grup Sağlık / Grup Katılım Sağlık Sigortası poliçelerinden geçiş yaptığı Sigortalı adına Sigortacı ile sözleşme akdettiği ve Sigortalı'nın, teminat altına alındığı bireysel sağlık poliçesidir.
- 337. Yenileme Poliçe:** Sigortalı'nın Bireysel Katılım Emeklilik Sağlık Sigorta ürünlerinde sona eren poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla bir yıl daha teminat altına alınmasıdır.
- 338. Zeyilname:** Poliçe yürürlüğe girdikten sonra yapılan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen son durumu gösterir ek sigorta sözleşmesidir.
- 339. Acil Durum:** Ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısı ile 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,
- Uzuv 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 ekstremite kırıkları,
- Tecavüz,
- Miyokard enfarktüsü,
- Aritmi,
- Ciddi göz yaralanmaları,
- Kurşunlanma, bıçaklanma

**340. 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.

**341. Alternatif Tedavi:** Bilimselliği kanıtlanmamış deneysel veya araştırma amaçlı işlemler, wellbeing, alternatif tıp yöntemleri (akupunktur, mezoterapi vb.) ile ozon terapisini ifade eder.

#### 4. TEMİNATLAR

##### 4.1. ANA TEMİNATLAR

###### 4.1.1. 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.

**4.1.1.1. 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, vücut içi pompalar, kalp pili, kalp kapakçığı ve operasyon sırasında kullanılan özellikli malzemeler ile ameliyatla ilgili diğer giderler, koroner anjiyografi 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.

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

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

**4.1.1.4. 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.

**4.1.1.5. 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.

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

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

**4.1.1.8. 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 ambulansıyla taşınmasına uygun değilse.
- Teminat Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir.

**4.1.1.9. Rehabilitasyon ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı:** Teminat Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir.

**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 ameliyatlardan sonrasında gereken ortopedik rehabilitasyon (travma ve ortopedik ameliyatlardan 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.

**4.11.10. 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 hertürlü tıbbi ve cerrahi müdahale ile diş protezlerine ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Teminat Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir.

**4.11.11. 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.

Teminat Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir.

**4.11.12. Ameliyat Tazminat Teminatı:** Sigorta süresi içerisinde ve teminat kapsamında olan ameliyat giderlerinin, Sigortacı'dan talep edilmemesi ve yapılan ameliyatın doktor raporları ile belgelenmesi halinde Sigortalıya ilgili ameliyatın SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) bedeli, teminat tablosunda belirtilen Ameliyat Tazminat Teminatı üst limiti ile ödenir. Seçilen planda tazminata konu işlem için limit varsa, ödenecek "Ameliyat Tazminat Teminatı" bu limiti aşmayacaktır. Benzer şekilde, yıllık toplam muafiyet varsa ödeme, muafiyet tutarı düşülerek yapılacaktır. Bu teminatın kullanılması halinde aynı ameliyat ile ilgili olarak ikinci bir tazminat ödemesi yapılmayacaktır.

## 4.12. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI

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.

**4.12.1. Doktor Muayene:** Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı diploma sahibi tıp doktoru tarafından yapılacak muayenelere ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

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

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

**4.12.2. 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 kullanıma 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 spreyler, 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, intraartüküler-eklem içi ve tetik nokta enjeksiyonları gibi) giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

**4.123. 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.

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

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

**4.125. 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. Taniya yönelik girişimsel tetkikler ile endoskopik işlemler (Diagnostik artroskopi, diagnostik laparaskopi, kolonoskopi, gastroskopi, sistoskopi, bronkoskopi, mediastinoskopi, biyopsi, USG eşliğinde biyopsi, anjiyografi (koroner anjiyo hariç), MR eşliğinde anjiyografi vb.) bu teminattan karşılanır.

**4.126. 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.

**4.127. 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 nebülizatör, iştme cihazı vb. (cihaz bakımı ve sarf bedelleri hariç) bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### 4.13. EK TEMİNATLAR

**4.131. Ek Teminat:** Yatarak tedavi teminatı, ayakta tedavi teminatı ve yurtdışı tedavi teminatı dışında kalan ve poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilen diğer teminatları ifade etmektedir.

**4.132. 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, dış gebelik, 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.

#### **Katılım Sağlık Bebeği uygulama şartları aşağıdaki gibidir;**

Sigortalının poliçesinde doğum teminatı bulunması ve bu teminattan yararlanmaya hak kazanmış olması koşulu ile yeni doğan bebekler otuz (30) gün içinde poliçeye dâhil olması için başvuruda bulunmak zorundadır.

Doğum tarihinden itibaren ilk on beş (15) gün içinde yapılan başvurular için

- Doğum tarihi poliçe başlangıç tarihi olacaktır.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilir.
- Hastalık için istisna uygulanmayacaktır.
- Hastalık ek primi uygulanabilir.

Doğum tarihinden itibaren on altı-otuz (16-30) gün arasında yapılan başvurular için

- Başvuru tarihi poliçe başlangıç tarihi olarak alınacaktır.
- Doğum tarihi ile başvuru tarihinde ortaya çıkmış doğuştan gelen hastalıklar için istisna uygulanabilir.

**4.133. 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.

**4.134. 40 Yaş Üstü Mamografi ve PSA:** Kırk (40) yaş ve üstü sigortalı bayanların yılda bir kez mamografi, kırk (40) yaş ve üstü sigortalı erkeklerin ise, PSA (Prostat Spesifik Antijen) tetkiki, Sigortacı tarafından belirlenen sağlık kurumlarında yaptırmaları şartı ile teminat tablosunda belirtilen limit ve sigortalı katılım payı dâhilinde yılda bir (1) kez karşılanacaktır.

## 5. BEKLEME SÜRELERİ

Sebepler 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 yatarak tedavi teminatları için üç (3) aylık bekleme süresi boyunca teminat kapsamı dışındadır.

Hamilelik rutinleri, gebelik ve doğum teminatı ile ilgili giderler için üç (3) aylık bekleme süresi uygulanacaktır. Bekleme süresi için SAT(son adet tarihi) başlangıç olarak kabul edilecektir.

### 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 fitiklar, omurgacerrahisi,
- Geniz eti, nazal polip, ventilasyon tüpü, bademcik ve sinüzit ile ilgili operasyon giderleri,
- Varikosel, her tür varis (Yüzeysel olan varis ile ilgili kapsam dışıdır.), anevrizma,
- Hemoroid, anal fissür-fistül, pilonidal sinüs,
- Benign (iyi huylu) tiroid bezi hastalıkları,
- Her türlü benign kist ve kitle,
- Benign rahim ve yumurtalık hastalıkları,
- Glokom, katarakt, retinal deformateler / patolojiler,
- Kalp Kapak Hastalıkları,
- Kronik Böbrek Yetmezliği, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH),
- Menopoz ve Osteoporoz ile ilgili tüm giderler.
- Dış gebelik.

## 6. İSTİSNALAR

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

61. Özel şartlarda tanımlanmış olsun ya da olmasın poliçenin teminat tablosunda belirtilmeyen haller,
62. Sigortalı olunmadan önce var olan hamilelikler, beyan edilmemiş rahatsızlık ve hastalıklar ile bu hastalıkların periyodik devamlılık venüksleri,
63. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformatelerin tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,
64. Yeni doğan bebeklerin doğuştan gelen hastalıkları, kuvöz ve prematüre giderleri,
65. Yedi (7) yaş altı çocuklarda göbek ve kasık fitikleri, hidrosel
66. Parkinson, MS, Epilepsi, Skolyoz, Kifoz, Halluks Valgus, Halluk rijidus, pes planus ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri,
67. HIV virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm giderler, AIDS ve komplikasyonları,
68. Her tür nedenlesünnet,
69. Penil protez, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
610. Genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar, kondiloma aküminata, HPV enfeksiyonları, genital ve anal molluscum contagiosum, sifilis, gonore,
611. Covid-19 aşısı
612. Doğal afetler, sel basması, yanardağ püskürtmesi, deprem, toprak kayması vb.
613. Terör, sabotaj, biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.
614. Kasıtlı olarak kendini yaralamadan doğacak masraflar
615. Keratokonusa yönelik operasyonlar,
616. Düşük nedenlerinin araştırılması, infertilite (kısırlık) teşhis ve tedavisi (ovülasyon takibi, infertilite tetkiki amaçlı yapıldığı belirlenen HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.)

- 6.17. 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 yapılırsa yapılsın ses ve konuşma terapileri,
- 6.18. Kozmetik amaçlı yapılan her türlü tedavi, kilo kontrol bozuklukları ile ilgili (şişmanlık veya zayıflık) tetkik ve tedavi giderleri, hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili giderler,
- 6.19. Organ ve kan naklinde verici giderleri, organ ücreti ve organın ulaştırılması giderleri,
- 6.20. Şaşılık ve gözde kırma kusuru tedavisine yönelik operasyonlar,
- 6.21. Koklear implanta ait giderler,
- 6.22. Alerji aşıları,
- 6.23. Harp veya harp niteliğindeki harekât, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç karışıklıklar
- 6.24. Hastalık, Kaza sonucu veya yanma sonucu olmadığı takdirde estetik ve rekonstrüktif cerrahi, jinekomasti tetkik ve tedavileri, meme küçültme ve büyütme ameliyatları,
- 6.25. Genetik hastalıklar, genetik kusurlar ve genetik incelemeler,
- 6.26. Yalancı gebelik ile ilgili her türlü gider
- 6.27. Cürüm işlemek veya çürüme teşebbüs etmek
- 6.28. Alerji aşıları ve alerjik hastalıkların klasifikasyon testleri,
- 6.29. 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,
- 6.30. Horlama ve uyku apnesendromu, septal deviasyon, konka hipertrofisi, nazal valv hastalıklarına ait tüm giderler,
- 6.31. 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,
- 6.32. Kordon kanı ve kök hücre alınması, nakli ve işlenmesi ile ilgili tüm giderler,
- 6.33. Motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler,
- 6.34. 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,
- 6.35. 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,
- 6.36. Özel hemşire giderleri, telefon, hasta ve refakatçi yemekleri haricindeki yiyecekler ve benzeri tüm ekstra harcamalar, süt odafarkı,
- 6.37. Sigortalı'nın alkolizm ve uyuşturucu madde bağımlılığı ile ilgili her türlü giderleri, alkol zehirlenmesi, alkol kullanımı sonrası olabilecek hastalık ve kazaların gerektirdiği tedavi giderleri,
- 6.38. Poliçede belirtilen "Doktor" ve "Sağlık Kurumu" tanımına uymayan kişi ve kurumlara ait faturalar,
- 6.39. Bilimselliği kanıtlanmamış Deneysel ya da Araştırma amaçlı yapılan işlemler, well-being, alternatif tıp yöntemleri (akupunktur, mezoterapi vb.) ile ozon terapisi,
- 6.40. İlaç olarak kabul edilmeyen madde ile Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat verilmemiş tüm ilaçlar,
- 6.41. Hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol amaçlı yapılan işlemler,
- 6.42. Dağcılık ve tırmanma, kano, gökyüzü kayağı, paraşüt, planör, delta-kanat, balon, motosiklet ve otomobil sporu, sivil havacılık, binicilik, su sporları, dalgıçlık ve tüm yarışlar ile tüm profesyonel ve lisanslı olarak yapılan sporların sonuçları ile ilgili tüm giderler,
- 6.43. Sigortalı'nın ehliyetsiz araç kullanımı sonucu olan kazaların gerektirdiği tedavi giderleri,
- 6.44. Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
- 6.45. Anlaşmalı ya da Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında poliçe teminatları kapsamında değerlendirilecek işlemlere ait doktor ücretlerinde talep edilen öğretim üyesi farkı (Doçent, Profesör doktor ücreti farkı),

646. Trafik kazası ve adli vakası sonucu oluşan durumlar ve diş tedavisi 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,
647. Numaralı olsa dahi güneş gözlüğüyle ilgili giderler.
648. Geri Ödeme Alınmayacak Kurumlarda gerçekleşen işlemler ile hekimlere ait giderler.
649. Sigortalının hastalık sonucu çalışmaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası
650. Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde gündelik bakım parası
651. 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 dâhil) işlemler
652. Fimozis tedavisi.
653. Gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler.
654. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri.
655. Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider,
656. Poliçede belirtilen "Doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
657. Psikiyatrik hastalık tedavisiyle ilgisi olsun veya olmasın, psikotrop ilaçlar, psikiyatrik hastalıklar, psikiyatri kliniklerinde ve/veya psikiyatri doktorları ve psikologlar tarafından yapılan tetkik ve tedaviler,
658. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi vb. nedenlerle alınan sağlık kurulu raporu için yapılan giderler,
659. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalarla ilgili giderler,
660. Doktorlardan ve sağlık kurumlarından kaynaklanan hatalı tedavi ve ameliyat neticesi ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle oluşan giderler.

## 7. KATILIM SAĞLIK AVANTAJLARI

Poliçenizin ekinde iletilen teminat tablosunda belirtilen teminatlar dâhilinde geçerlidir.

## 8. COĞRAFİ KAPSAM

Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir. Teminat tablosunda yurt dışı teminatı tanımlanmış ise ek teminatlar başlığı altındaki yurt dışı teminatı kapsamında geçerlidir.

## 9. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

**91. Limit Uygulaması:** Anlaşmalı Sağlık Kurumu, Anlaşmasız Sağlık Kurumu ve Yurt Dışı Sağlık Kurumu olmak üzere üç kurum tipi bulunmaktadır. Her kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitleri poliçe üzerinde belirtilmektedir. Alt teminatlar, bağlı buldukları kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitlerinden düşülerek kullanılır. Ana veya alt teminatlar Yurtiçi Anlaşmalı Sağlık Kurumları için limitli ise, bu limit Anlaşmasız Sağlık Kurumları ve (poliçede yurtdışı teminatının bulunması durumunda) Yurt Dışı Sağlık Kurumları için ortak limit olup gerçekleşen tazminat ödemeleri toplamı ilgili teminatın brüt anlaşmalı kurum limitinden düşülerek kullanılır.

**92. Ödeme Yüzdesi / Katılım Payı:** Katılım Payı Uygulaması Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu, Anlaşmasız Sağlık Kurumu ve Yurt Dışı Sağlık Kurumu olmak üzere her kurum tipi için poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dâhilinde ödeme yapar. Ödeme yüzdesinden artakalan katılım payı ise Sigortalı tarafından karşılanır.

**93. Muafiyet Uygulaması:** Poliçede belirtilen ve Sigortalı tarafından karşılanacak olan muafiyet tutarı; poliçede Anlaşmalı Sağlık Kurumu, Anlaşmasız Sağlık Kurumu ve varsa Yurt Dışı Sağlık Kurumu için ortak tutardır.

**94. 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.

**95. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network:** Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network'ler, Katılım Emeklilik'in dijital mecralarında ve kurumsal internet sitesi olan [www.katilimemeklilik.com.tr](http://www.katilimemeklilik.com.tr) adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir. Sigortacı, Network'ler dâhilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkı saklıdır. Network'ler dâhilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network'te 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 Katılım Emeklilik tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kişi veya kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Katılım Emeklilik tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Katılım Emeklilik'in sorumluluğuna gidilemez.

**96. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi:** Poliçede tercih edilmiş Network dâhilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır. Ancak; yatarak tedavi teminatında yer alan ameliyat öncesi/sonrası tetkik teminatı ile ilgili sağlık giderleri Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda gerçekleşse dahi her durumda "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

"Anlaşmalı Muayenehane" uygulamasının bulunduğu illerde bu sistemde yer alan anlaşmalı hekimlerce muayenehanelerinde yapılacak muayene giderleri, doktor muayene teminatı kapsamında poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve katılım payı oranınca karşılanır.

Poliçede tercih edilmiş Network dâhilinde olmayan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmasız Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır. Poliçede tercih edilmiş Network dâhilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında Anlaşmasız Doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmasız Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

Poliçede tercih edilmiş Network dâhilinde olan Anlaşmalı sağlık kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığı'nca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Katılım Emeklilik sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmasız Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Hastaneleri ile devlete ait Üniversite Hastaneleri'nde gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır. Katılım Emeklilik ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmasız Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

Yurt Dışı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri poliçede belirtilen Yurt Dışı teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

Ek hizmetler teminatında yer alan check-up ile yatarak tedavi teminatında yer alan aile hekimliği, kontrol mamografi, PSA tarama teminatları poliçede tercih edilmiş network dışında yapılması durumunda karşılanmaz.

Terör teminatı, yalnızca Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde gerçekleşen terör olayları bakımından geçerli olup, yurtdışındaki terör olayları nedeniyle oluşan sağlık giderleri karşılanmaz. Yatarak tedaviler için, ön onay aşamasında kullanılan Sigortacı'ya ait form üzerinde doktor tarafından beyan edilmiş tutar ile daha sonra doktor tarafından düzenlenen faturada yer alan tutar arasında farklılık bulunması halinde, Sigortacı, bu iki tutardan daha düşük olanını tazminat hesabında dikkate alacaktır.

## 10. TAZMİNAT ÖDEMESİ

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

## 11. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

**11.1. Poliçenin Yenilenmesi:** Sigortalı'nın poliçesi aşağıdaki koşullarla yenilenir.

Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda sigortacının, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almaması ile yenileme haklarının geçerliliğini kaldırması hakları saklıdır.

Sigortalıların poliçelerinde tercih edilmiş olan teminat, anlaşmalı kurum ve teminat detayları, değiştirilmeden yenilenir. Ancak, poliçede tercih edilmiş (örnek: kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, anlaşmalı Kurum gibi belirli kriterler) yenileme döneminde geçerli değilse poliçe, en az biten poliçe kriterlerine haiz karşılıkları ile yenilenir.

Sigortacının poliçeyi otomatik yenileme veya otomatik yenilememe hakkı saklıdır.

Sigortacı'nın, Sigortalı'dan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimini 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 poliçeleri, en geç vade tarihinde, Sigorta Ettiren'e/Sigortalı'ya veya Sigorta Ettiren'e/Sigortalı'ya teslim edilmek üzere ilgili satış kanalına 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. Mevcut Bireysel Sağlık Sigorta poliçesinin satışının durdurulması halinde, bu poliçede devam etmekte olan sigortalıların poliçeleri, bitiş tarihlerine dek devam ettirilir ve yenileme döneminde sigortalılara, en az biten poliçe standartlarına haiz bir poliçe önerilir.

**11.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi:** Poliçenin Sigortacı tarafından mevcut plan (örnek: kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet gibi belirli kriterler) dâhilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi Sigortalı'nın, Sigortacı'da elli altı (56) yaşından önce sigortaya ilk giriş yaptığı, kesintisiz üç (3) yıl sigortalı kaldığı ve bu süre içerisinde "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesine uygun davrandığı durumlarda, yapılacak olan tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre verilebilir. Ancak, Sigortacı'nın değerlendirme sonucuna göre, Sigortalı'ya bu hakkı vermeme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) verme hakkı saklıdır.

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

#### **Yapılan inceleme sonucunda Sigortacı;**

- Herhangi bir ek prim veya istisna uygulamadan “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” verebileceği gibi bu esnada, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek prim uygulanması konusunda tekrar değerlendirme yapabilir,
- Katılım Emeklilik’teki “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkını kazanma tarihinden önce oluşan riskler için hastalık ek primi uygulamak sureti ile de “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkı verebilir,
- Ömür Boyu Yenileme Garantisini vermeyip her yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapabilir.

#### **“Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkı kazanıldıktan sonra;**

- Sigorta Ettiren’in 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.
- Sigortalı’nın bu hakkı kazanmasından sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından dolayı hastalık ek primi, istisnası uygulanmaz.
- “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” bulunan yenileme poliçelerine tazminat ek primi uygulanmaz.
- Sigortacı tarafından, Ömür Boyu Yenileme Garantisi için risk değerlendirmesi yapılan tarih ile yenilenen poliçenin başlangıç tarihi arasında Sigortalı tarafından bilinen ancak Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı yenileme koşullarını tekrar değerlendirerek hastalık ek primi uygulama hakkına sahiptir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özel olup yalnızca bu hakkı kazanmış Sigortalı ‘ya aittir, bu hakkı kazanan sigortalılar poliçede ayrıca belirtilir. Ömür Boyu Yenileme Garantisine ilişkin diğer bilgilendirmeler “Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri” maddesinde belirtilmiştir. Sigortacı, poliçe başlangıç tarihinden sonra poliçeye giriş yapan eş ve/veya çocukları, dâhil oldukları poliçe döneminden itibaren üç tam yılı tamamlamalarını müteakip ilk yenileme döneminde Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirmeye alır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi bireye özel olarak verilir. Aile bireyleriyle birlikte sağlık sigortası kapsamında olan kişilerden 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’te grup sağlık sigortası kapsamında sigortalı iken grup poliçesi kapsamında çıkan kişiler en fazla bir (1) ay içinde bireysel sağlık sigortası yaptırmak için başvurmalıdırlar. Katılım Emeklilik’te kurumsal sağlık sigortası kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunmayan kişiler için, grup poliçesi kapsamında çıkış tarihinden sonra en fazla 1 ay içinde Katılım Emeklilik’e bireysel sağlık sigortası yaptırmaları durumunda, ileriki tarihlerde yapılacak bireysel Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi sırasında, Katılım Emeklilik’teki kurumsal sigortalılık süreleri ve kurumsal sigortası kapsamındaki tazminat - prim oranları göz önünde bulundurulacaktır.

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

- Diğer sigorta şirketlerinde en az tam bir (1) yıl sigortalılık süresini dolduran, o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, 1 aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Katılım Emeklilik’te bireysel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerden, yenileme garantisi hakkı devralınmayan ya da önceki şirketinde yenileme garantisi verilmeyen kişilerin Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanıp kazanmadıkları ile ilgili değerlendirme, Katılım Emeklilik’teki 2. yıllarının sonunda yapılacaktır. Bu sigortalılardan 2. senelerinin sonunda her bir yıl için poliçelerinde ödenen tazminatların primlere oranları %100’ün altında olanlara Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilecektir.



- 2. senelerinin sonunda Ömür Boyu Yenileme Garantisi alamayan bu sigortalıların bir sonraki yıl Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmeleri yapılırken son 3 senelerindeki her bir yıl için tazminat/prim oranlarına bakılarak değerlendirme yapılacaktır.
- 3. senesinin sonunda Ömür Boyu Yenileme Garantisi alamayan sigortalıların bir sonraki yıl Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi yapılırken son 4 senesindeki her bir yıl için tazminat/prim oranlarına bakılacaktır. 4. senesinin sonunda Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanamayan sigortalıların Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmeleri her yılın sonunda son 4 senelerine bakılarak yapılacaktır.

## 12. PRİM TESPİT

**121. Prim Tespitine İlişkin Kriterler:** Primler, sigortalıların yaşı, cinsiyeti, ikamet adresleri, ürün kapsamı, performansı, “Sağlık Uygulama Tebliği”nde yapılan değişiklikler, sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları değişiklikler gibi kriterler çerçevesinde belirlenmektedir.

**122. 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.

**123. Hastalık Ek Primi:** Sigortalının “Sağlık Tarife Primi’ne uygulanacak hastalık ek prim oranı hastalık başına %200’ü geçemez.

**124. Tazminat Kullanımına Bağlı İndirim:** Tazminat kullanımına bağlı İndirim, Sigortacı’nın bu uygulamanın bulunduğu bireysel katılım sağlık poliçe yenilemelerinde uygulanır.

Sigortacı’da sona eren sözleşmenin yenileme dönemi sırasında; sona eren poliçenin ve yenilenecek poliçenin sadece ayakta tedavi veya yatarak ve ayakta tedavi teminatlarını içeriyor olması şartı ile poliçedeki her bir sigortalı için son yılın Ödenen Tazminat/ Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yeni yıl primlerinde aşağıda belirlenen koşul ve oranlarda indirim ve/veya ek prim uygulanabilir.

Check-up teminatı için ödenen tazminatlar, Ödenen Tazminat / Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının hesaplamasında dikkate alınmaz. Ödenen Tazminat/Ödenen Net Prim Oranına (T/P) oranına bakılarak uygulanacak olan tazminat kullanımına bağlı indirim oranları ve ek prim oranları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Sıfır bir (0-1) yaş aralığındaki çocuklarda ilk poliçe yenilemesinde, Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yenilenecek poliçe primlerinde aşağıda belirlenen koşul ve oranlarda indirim ve/veya ek prim uygulaması yapılmayacaktır.

Tazminat / Prim Aralığı	İndirim / Ekprim Oranı
%0	%15 İndirim
%1 - %20	%10 İndirim
%21 - %50	%5 İndirim
%51 - %80	Standart Prim
%81 - %100	%10 Ek prim
%101 ve Üzeri	Değerlendirme sonucuna bağlı olarak mevcut prime %200 e kadar ek prim uygulanabilir.

NOT: İndirim ve Ek Primler teklif aşamasındaki tarife primleri üzerinden yapılır.

**125. Risk Ek Primi:** Tarife priminden bağımsız olarak, sigortalı adayının bireysel sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda sigorta güvencesinin sağlanabilmesi için ödenmesi gereken ek primi ifade eder.

**126. Geçiş İndirimi:** Sigortalının bir önceki sigorta şirketinde sona eren sözleşmenin ve Sigortacı ile yapacağı sözleşmenin yatarak ve ayakta tedavi teminatlarını içeriyor olması şartı ile; sözleşme kapsamındaki her bir sigortalı için son yılın Ödenen Tazminat/ Poliçe Primi (T/P) oranı dikkate alınarak aşağıda belirtilen oranlarda geçiş indirimi verilmektedir.

Son Yıl Tazminat / Prim Oranı	İndirim Oranı
%0 - %25	%20 İndirim
%26 - %50	%15 İndirim
%51 - %60	%10 İndirim

**127. Aile İndirimi:** Anne, baba ve yirmi dört (24) yaşına kadar olan bekâr çocukların aynı sözleşme kapsamında sigortalanması halinde, kişi sayısı dikkate alınarak uygulanan indirim ifade eder.

**128. Diğer İndirim ve Ek Primler:** Sigortacı tarafından, dönemsel olarak düzenlenecek olan kampanyalar kapsamında ve benzeri durumlarda, bu özel şartlarda tanımlanan indirim ve ek primler dışında yapılan her türlü indirim ve ek primi ifade eder.

**129. Fark Primi Zeyili:** Poliçe yenilendikten sonra, bir önceki poliçe dönemine ait yapılacak tazminat ödemelerinin Sigortalı'nın tazminat/sağlık net prim oranını değiştirerek yenilenen poliçenin primini artırması durumunda Sigortacı oluşacak fark primini, Sigorta Ettiren'den zeyilname ile talep eder veya tahakkuk ettirilecek fark prim tutarını tazminat tutarından düşer.

### 13. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

**131. Yeni Sigortalı Girişi:** Bu sigorta ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden, sıfır altmış dört (0 – 64) yaş aralığındaki kişiler ile Ömür Boyu Yenileme Garantisi ("ÖBYG") almış altmış dört (64) yaşından büyük kişiler sigortalana bilmektedir.

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, babave/veya bekâr çocuklardan ibarettir.

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

**132. Devam Eden Poliçe Yeni Giriş İşlemleri:** Yürürlükte olan sözleşmeye, yıl içerisinde yeni sigortalı girişi yapılması ancak aşağıdaki durumlarda ve ilgili olayların gerçekleşme tarihlerinden itibaren otuz (30) gün içerisinde (yeni doğan ve evlat edinilen çocuk için altmış gün içinde) Sigortacı'ya başvuru yapılması durumunda mümkündür.

- Evlenme nedeniyle eşin dâhil edilmesi,
- Doğum nedeniyle yeni doğan bebeğin dâhil edilmesi,
- Evlat edinilmesi nedeniyle çocuğun dâhil edilmesi,

Süresi içerisinde yapılan başvurular, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde değerlendirilecek ve kabul edilmesi halinde, poliçeye giriş tarihleri olarak başvuru tarihi esas alınacaktır. Yeni doğan bebek, risk değerlendirmesi yapılarak poliçeye dâhil edilebilecektir.

Poliçeye eklenecek kişilerin (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dâhil) primleri, yıllık prim üzerinden gün esas-

na göre hesaplanarak alınacaktır.

**133. Geçiş İşlemleri Ve Kazanılmış Haklar:** Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyecek, bir (1) aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Katılım Emeklilik'e bireysel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişiler, Katılım Emeklilik'teki sigorta başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan hastalıkları kapsam dışı bırakılarak ve/veya bu hastalıklar için ek prim, limit uygulayarak sigorta kapsamına alıp almama kararı risk değerlendirmesi sonucuna göre netleşecektir.

Risk değerlendirmesi sonucunda uygun bulunması halinde, diğer sigorta şirketinde hak edilmiş olan tazminat kullanımına bağlı indirim, Şirketimiz uygulamaları doğrultusunda, devir alınabilecektir.

Doğum ve gebelik ile ilgili giderler için de üç (3) ay bekleme süresi uygulanacaktır. Bu durum diğer sigorta şirketindeki yenileme garantisi hakkı devir alınan ya da alınmayan herkes için geçerlidir.

Sigorta başlangıç tarihi olarak, Katılım Emeklilik'teki başlangıç tarihi esas alınacaktır. Diğer sigorta şirketlerinden şirketimize geçiş yapılması durumunda, bir önceki sigorta şirketinden yenileme garantisi bulunan kişilerin bu hakları, yapılacak risk değerlendirmesi sonucunda "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" alınabilecektir.

Sigortalıların, Katılım Emeklilik'te Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazandıkları tarihten sonra ortaya çıkan hastalıkları, yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmayacak ve söz konusu hastalıklar için hastalık ek primi alınmayacaktır. Bunun yanında bir önceki poliçeleri için ödenen tazminat tutarının alınan net prim tutarına bölünmesiyle bulunacak oran dikkate alınarak, bir sonraki sene geçerli olacak poliçelerinin prim tutarlarına "tazminat kullanımına bağlı" indirimi ve ek prim oranları uygulanmayacak.

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 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 bir (1) ay içinde başvuruları ve askerlik durumlarını belgelemeleri koşuluyla sağlık beyan formu doldurarak yenileme garantisi hakları devam eder. Ancak bu sigortalıların Katılım Emeklilik'te sigortalı olmadıkları süre içinde ortaya çıkan rahatsızlıklar yeni poliçelerinde kapsam dışı bırakılacaktır.

**134. Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet):** Poliçe priminin / taksitinin vade tarihinden itibaren otuz (30) gün içerisinde ödenmemesi halinde poliçe iptal edilecektir. Poliçe iptali sonrası otuz (30) gün içerisinde başvuru yapılması halinde meriyet değerlendirilmesi 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.

**135. 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.

## 14. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

### 14.1. Sigorta Süresi ve Sigorta Sözleşmesinin Sona Ermesi

**14.1.1. Sigorta Süresi:** Sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu dönemi ifade eder. Sigortanın süresi bir (1) 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.

**14.1.2. Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması:** Sigorta teminatları, başvurunun Sigortacı tarafından onaylanması ve poliçe priminin tamamının veya taksitli ödenmesi kararlaştırıldı ise ilk taksitinin ödenmesi ile yürürlüğe girer.

Sigorta Ettiren, Sigorta Ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini, kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer.

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

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

### 14.1.3. Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı'nın İptal Hakkı

**14.1.3.1. Başlangıçtan İptal Hakkı:** Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı, poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk otuz (30) 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 Ettiren'e iade edilir.

**14.1.3.2. 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. Sigorta süresi içerisinde ödenen toplam tazminat tutarı, gün esasına göre hesaplanmış ödenecek poliçe priminin %65'ine eşit veya küçük ise, ödenmiş toplam primden, gün esaslı hesaplanan prim tutarı düşülerek kalan tutar Sigorta Ettiren'e ödenir.

Poliçenin, bu madde gereğinde iptali halinde, toplam tazminat tutarının (ödenmiş, ödenecek), gün esaslı hesaplanan Ödenecek Poliçe Primi tutarının %65'ini aşması durumunda, herhangi bir prim iadesi yapılmaz.

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı'nın "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkelerine aykırı davranan, sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya sağlık gider belgelerinin sigorta sözleşmesi kapsamındaki diğer kişiler adına düzenletirilmesi gibi kötü niyetli hareketlerinin saptanması durumunda Sigortacı, bu şekilde yapılmış bir tazminat talebini ödemiş olduğu olması halinde, ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve sigorta sözleşmesini bazı veya tüm sigortalılar için kısmen veya tamamen mebedinden iptal etmek hakkına sahiptir. Sigortalının, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile Sigortacı'nın uğrayacağı zararlardan Sigorta Ettiren, Sigortalı ile birlikte sorumludur.

**14.1.3.3. Vefat Durumu:** Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda, sigorta sözleşmesi geçersiz hale gelir. Sigorta Ettiren'in sözleşmede yer almadığı ve Sigortalı'ların Sigorta Ettiren'i değiştirerek sigorta sözleşmesini devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren'in 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 Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir sözleşmede, Sigorta Ettiren'in 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 Ettiren'e yapılır.

## 15. EKLER

**151. 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.

**152. 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 Sigortası'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. Sigortası'nın mevcut hastalık/rahatsızlıklara ait giderleri, sigortalı/sigortalılar lehine işlem kolaylığı sağlayan karşılık/e-karşılık aşamasında kabul etmiş olması, sigortalı/sigortalılar tarafından, teminat ve tazminat olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. Sigortası'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.

**153. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri:** Sigortacı, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin Sigorta Ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda Sigorta Ettirene/-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 Ettirene 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 Ettirene bildirim yapılır ve bilgilendirme, poliçedeki personel ve aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

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

**155. Rücu ve İstirdat Hakkı:** Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel Şartlara göre ödediği sağlık giderinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması durumunda, Sigortalı'nın yerine geçerek ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslara rücu edebilir. Sigortacı, Sigortalı/Sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları'na veya Sigortalı/Sigortalılar hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartları'na göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dâhil her türlü ödemeyi, doğrudan Sigortalı/Sigortalılardan talep hakkı bulunmaktadır. Sigortalı/Sigortalıların ve/veya tedaviyi düzenleyen Sağlık Kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. Sigortacı'nın anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle Sigortacı'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

**156. 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 sağlanmasında yükümlü olmayacaktır. 14.7 Terör Klozu Sağlık Sigortası Genel Şartları hükümleri saklı kalmak kaydıyla, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları nedeniyle oluşan Sigortalı'ya ait yatarak tedaviler kapsamındaki sağlık giderleri, poliçede belirtilen limit, muafiyet ve ödeme yüzdesi ile yatarak tedavi teminatı kapsamındadır. Ayakta tedaviler kapsamındaki sağlık giderleri ise, poliçede belirtilen ayakta tedavi teminatı kapsamı ve limitleri ile poliçe kapsamındadır. Kloz konusu doğrudan veya dolaylı olayların sonucunda meydana gelse dahi, sigortalıların hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmalarına sebebiyet verecek olan biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle ortaya çıkacak bütün zararlar teminat kapsamı dışındadır.

KATILIM EMEKLİLİK ve HAYAT A.Ş.

AKTÜER  
KORHAN AKÇÖL  
Sicil No: 32