

SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SAĞLIK SİGORTASI POLİÇELERİNİN KAPSAMI

Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi (Anadolu Sigorta), Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Anadolu Sigorta Sağlık Sigortası Özel Şartları çerçevesinde sigortalının, sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalıklarına ait muayene, tetkik ve tedavi giderlerini, poliçesinde belirtilen teminatların kapsamı, limitleri ve ödeme oranları dahilinde tazmin eder. Poliçe kapsamında ödeme yapılabilmesi için, sigortalının muayene, tetkik ve tedavilerinin, poliçenin geçerli olduğu tarihler arasında gerçekleştirilmiş olması gerekmektedir. Belirtisi/bulgusu veya teşhisi ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (komplikasyonlara) ilişkin tüm giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Sigortalıya sağlanan sigorta teminatı, poliçede, sigorta genel ve özel şartlarında teminata dahil olduğu belirtilmiş olan hususlarla sınırlıdır. Teminata dahil olduğu açıkça belirtilmiş hallerin dışındaki hiçbir hal, teminat dışında kalan haller arasında ayrıca sayılmış olmasa dahi, kesinlikle sigorta koruması altında değildir.

2. KAVRAMLARIN TANIMLARI

Sigortacı: Anadolu Sigorta.

Sigortalı: Bu poliçenin maddeleri uyarınca sigortalı olmak üzere kabul formu doldurmuş ve başvurusu Anadolu Sigorta tarafından kabul edilmiş ve poliçesi düzenlenmiş kişidir.

Bağımlı: Bu sözleşmenin maddeleri uyarınca sigortalı kişinin sigorta kapsamına alınan eşi, 30 yaşına kadar olan çocukları, üvey çocukları ve kanuni yoldan evlat edindiği çocuklarıdır.

Eş: Sigortalının kanuni olarak evli olduğu kişidir.

Sağlık kuruluşu: T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş ve K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı'nca yetki belgesi verilmiş,

- 24 saat hasta bakımı sağlayan,
- 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 ve/veya Kliniklerdir.

"Sağlık Kuruluşu" deyimi; otel, huzurevi, bakımevi, nekahethane, yetimhane ve darülacezeleri, esas olarak uyuşturucu bağımlıları ile alkoliklerin tecrit ve tedavisi için kullanılan yerleri, sanatoryumları, kaplıcaları, sağlık hidrolarını, suda doğum için kullanılan yerleri (havuz vb.), zayıflama merkezlerini kapsayacak şekilde yorumlanamaz.

Anlaşmalı sağlık kuruluşu: Anadolu Sigorta'nın sağlık sigortalılarına verilecek tıbbi hizmetler için direkt ödeme anlaşması yaptığı sağlık kuruluşlarıdır. Sigortacının, "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları Listesi'nde poliçe döneminde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

Doktor: Hastalığının teşhis ve tedavisi için kendisine başvuru Tıp Fakültesini bitirmiş, her türlü teşhis ve tedavi için lisansı olan ehliyetli kişidir.

Tedavi: T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş ve K.K.T.C. sağlık bakanlığınca yetki belgesi verilmiş sağlık kuruluşlarında (Hastane, klinik ve poliklinik), özel doktor muayenelerinde görevli, çalışmaya ehliyetli doktorlarca, hastalıkları tedavi etmek amacıyla yapılan işlemlerdir. Anadolu Sigorta tarafından sigortalanan bir doktorun kendi kendini ve birinci ve ikinci derece yakınını tedavi etmesi ile ilgili giderler ödenmez.

Sağlık kuruluşunda yatarak tedavi: Sigortalının yukarıdaki tanıma uygun bir "Sağlık Kuruluşu"nda yatılı hasta olarak oda ve yemek masrafı tahakkuk ettirerek tedavi görmesidir.

Ayakta tedavi: Oda ve yemek teminatı verilmeksizin sağlık kuruluşlarında, özel doktor muayenelerinde ve polikliniklerde verilen tıbbi tedavilerdir.

Tedavi için gereken masraflar: Bir hastalık, doğum, yaralanma tedavisi, servisi veya araç gereç kullanımı için yapılan masraflardır.

Teminat: Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Anadolu Sigorta Sağlık Sigortası Özel Şartları gereği, sigortalıya verdiği taahhütlerdir.

Sigorta başlangıç tarihinden önceki rahatsızlıklar: Belirtisinin/bulgusunun ve/veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklar (komplikasyonlar)

Ödeme limiti: Sigortalı tarafından yapılan harcamaların Anadolu Sigorta tarafından ödenecek ve poliçede belirlenen üst sınırıdır.

Sigorta bitiş tarihi: Sigorta teminatının poliçede belirtilen sona erme tarihidir. Sigortalının bu tarihteki sağlık giderleri poliçe teminatının kapsamı dışındadır.

Yenileme: Anadolu Sigorta'nın onayının bulunması kaydıyla, poliçe bitim tarihinde, yeni döneme ait poliçenin priminin ödenmesi ile sigortanın devamının sağlanmasıdır.

Türk Tabipleri Birliği'nin Güncel Fiyat ve Uygulama Esasları: Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından belirlenmiş olup, hastalara verilen tıbbi hizmetlere (doktor ücreti, tetkik ücreti...vb) ait işlem listesini, ücretlendirme ve uygulama esaslarını içerir.

Sigorta Primi: Bireysel sağlık sigortası ürünlerine ait primler; yaş, cinsiyet, seçilen üründeki teminat limiti, teminat yapısı ve ödeme oranları, ürünün geçerli olduğu anlaşmalı sağlık kuruluşları (network), sigortalının ikamet ettiği il ve tedavi maliyetlerinin artış oranları çerçevesinde belirlenmektedir.

3. TEMİNATLARIN AÇIKLAMALARI

Aşağıda Şirketimizin sağlık sigortası ürünlerindeki teminatlara ilişkin açıklamalar yer almaktadır. Sigortalılar, poliçelerinde bulunmayan teminatlardan yararlanamazlar.

3.1. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI

Ayakta doktor muayenesi, ilaç, tanı, fizik tedavi giderleri Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilir.

3.1.1. Doktor Muayene Giderleri

T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde görevli ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca yapılacak muayenelerin giderleri ve yurt dışındaki doktorların yaptığı muayenelerin giderleri poliçede belirtilen limit ve oran dahilinde ödenir. Ancak, lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayeneleri giderleri ve diş doktoru muayene faturaları teminat kapsamı dışındadır. Teşhise yardımcı olmak amacıyla muayene esnasında doktorun bizzat yapmış olduğu teşhis yöntemlerine ilişkin giderler doktor muayene teminatı içerisinde değerlendirilir.

İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak aynı doktorun 10. güne kadar yaptığı muayenelere ilişkin giderler teminat kapsamı dışındadır.

0-6 yaş arası çocukların rutin doktor muayeneleri ile kadınların yılda 1 kez rutin jinekolojik doktor muayeneleri ve smear testleri ilgili teminatlardan ödenir.

3.1.2. İlaç Giderleri (Ayakta)

Yurt içinde bir doktor tarafından muayene sonrası düzenlenen reçetede yazılı olan ve sadece T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan ilaç ruhsatı almış, farmasotik (ilaç niteliğindeki) ürünlere ait ilaç giderleri ile yurt dışında doktor tarafından yazılan reçetelere ait ilaç giderleri sözleşme hükümleri çerçevesinde poliçede belirtilen limit ve oran dahilinde bu teminattan karşılanır. Her bir reçete için en fazla 1 aylık doza tekabül eden ilaç giderleri karşılanır. İlaç giderlerinin ödenebilmesi için, doktora ödenen muayene ücretini gösteren serbest meslek makbuzu ya da fatura, ilaç giderlerine ait kasa fişi, ilaç isimleri okunacak şekilde kesilmiş ilaç kupürleri/barkodları/karekodları ile doktor reçetesinin ibraz edilmesi; ayrıca ilaçlara ait fatura veya kasa fişi tarihinin poliçe geçerlilik tarihi içinde olması gerekir.

Doktor muayene sonrası düzenlenen reçetelerde, doktorun veya sağlık kuruluşunun bulundurmasının yasal olarak zorunlu olduğu 'Hasta Kayıt Defteri'ndeki protokol numarası ve sigortalıya konulan teşhis yazılmalı, ayrıca doktorun diploma numarası ve uzmanlık dalını gösteren kaşesi ve imzası mutlaka olmalıdır. Bu formata uymayan reçeteler kabul edilmeyecektir. Reçetenin yazıldığı tarihten itibaren en geç on gün içinde ilaçlar alınmalıdır. On günlük sürenin aşılması durumunda reçete geçersiz sayılacaktır ve işlem yapılmayacaktır.

Reçete edilmesi şartıyla, kas içi, damar içi, eklem içi, kemik içi, deri içi, deri altı ve göz vitre içi, vb. uygulanan ilaçlara ait giderler bu teminat kapsamındadır.

0-6 yaş arası çocukların koruyucu aşıları ve tüm sigortalıların tetanoz, pnömokok, menenjit, rota virüsü ve grip aşıları bu teminat kapsamında karşılanır.

Tedavi için hayati önem taşıyan, Türkiye'de muadili olmayan ve Türk Eczacılar Birliği, SGK ve Sağlık Bakanlığı'nca uygun görülecek resmi kamu kurum/kuruluşları tarafından yurt dışından ithal edilen ilaç giderleri sigortalının onay vermesi koşuluyla karşılanır.

Sürekli kullanımı doktor tarafından uygun görülen ilaçlara ilişkin giderler, ancak sigortalının bu durumu doktor raporu ile belgelemesi (raporun en fazla 6 ay süre ile geçerli olacak şekilde düzenlenmiş olması gerekmektedir), Anadolu Sigorta'nın onayı ve ilaçların kullanımının poliçe süresi içerisinde olması kaydıyla ödenir.

Her türlü ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre ve distilat gibi fraksiyonları içeren ilaçlar ve diş doktorunun reçete ettiği ilaçlar poliçe kapsamı dışındadır.

İşyeri Hekiminin Yazdığı Reçeteler: Sigortalının çalıştığı firmanın işyeri hekimlerinin, muayene sonucu sigortalı için yazmış oldukları reçetelerde 'Hasta Kayıt Defteri'ndeki protokol numarası ve teşhis yazılmalı, işyeri hekiminin diploma numarası, işyeri unvan ve adresinin belirtildiği işyeri hekimi kaşesi ile düzenlenmelidir.

İşyeri hekiminin çalışan sigortalının poliçe kapsamında olan eş ve çocukları için yazacağı reçetede ilaç giderleri poliçe kapsamı dışındadır.

3.1.3. Tanı Birimleri Giderleri (Ayakta)

Bir hastalık nedeniyle doktorun hastalığı teşhis edebilmesi için gerekli gördüğü her türlü tanı birimleri (Laboratuvar, radyoloji, kardiyoloji, nükleer tıp vb.) giderleri poliçede belirtilen limit ve oran dahilinde ödenir.

Tanıya yönelik girişimsel tetkikler (Kolonoskopi, gastroskopi, sistoskopi, biyopsi, USG eşliğinde biyopsi, anjiyografi, MR eşliğinde anjiyografi vb.) bu teminattan karşılanır. Radyolojik tetkiklere (USG vb.) ilişkin giderler, ancak söz konusu tetkiklerin ilgili uzman tarafından yapılması halinde ödenir. Radyoloji uzmanlığına sahip olmayan bir doktorun muayene sırasında bizzat yaptığı radyolojik tetkiklere (USG vb.) ilişkin giderler ödenmez.

Hepatit markerlerine ait giderler, sadece karaciğer enzim değerlerinin normal değerlerin üzerinde olması durumunda ödenir.

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yapılan tanıya yönelik girişimsel tetkiklerin doktor ücretleri için ödenecek tutar, Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutar kadar olacaktır.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında, tanıya yönelik girişimsel tetkikleri kadrolu olmayan doktorlar yaparsa, bu doktorlara ödenecek ücret, Anadolu Sigorta'nın sağlık kuruluşu ile imzaladığı sözleşmede belirtilen ücretler kadar olacaktır.

Radyolojik işlemler sırasında kullanılan ilaç ve malzeme giderleri Tanı (ayakta) teminatından ödenecektir.

Sigortalıların, tetkik yaptırmak için gittikleri sağlık kuruluşlarına mutlaka kendilerini muayene eden doktor tarafından doldurulacak sevk kağıdı ve tazminat talep formu ile birlikte başvurmaları zorunludur. Tazminat talep formu ve/veya doktor raporu olmayan tetkiklere ait tedavi giderleri ödenmeyecektir.

3.1.4. Küçük Müdahale (Küçük Ameliyat Ve Müşahede) Giderleri

Yurt içinde ayakta veya yatışlı gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın, hastane veya doktor muayenehanesinde genel veya lokal anestezi altında veya anestezi olmadan tedaviye yönelik olarak yapılan ve birimi Türk Tabipleri Birliği'nin uygulama esaslarında tanımlanmış olan küçük ameliyatlara (Kırıklara alçı uygulaması, derideki yaraların dikişi, gözden yabancı cisim çıkarılması, mide yıkanması vb.) ilişkin her türlü gider, ilgili teminatlar kapsamında değerlendirilecek olan doktor muayene ve teşhis giderleri hariç olmak üzere, poliçede belirtilen limit ve oran dahilinde ödenir.

Küçük Müdahale Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme, ilaç, (lokal ve genel anestezikler, profilaktik antibiyotikler, aktif karbon, yanık ve yara pansumanında kullanılan krem ve pomadlar vb.) pre- op kan tahlili ve müdahaleyi yapan doktor ücretleri bu teminattan karşılanır.

Doktor muayene, ayakta tanı ve ayakta ilaç teminatı olmayan poliçelerde de girişim sırasında kullanılacak malzeme, ilaç (lokal ve genel anestezikler, profilaktik antibiyotikler, aktif karbon, yanık ve yara pansumanında kullanılan krem ve pomadlar vb.) ve pre- op kan tahlili ücretleri bu teminattan karşılanır. Ancak bunlar haricinde işlem öncesi ve sonrası yapılabilecek her türlü muayene, laboratuvar ve radyoloji gibi tetkikler ile reçete edilen ilaçlara ait giderler küçük müdahale ile ilgili olsa dahi poliçe kapsamında değildir. (Bu cümlenin istisnası olarak; kırık, çıkık ve burkulmalarda cerrahi müdahale öncesi yapılan doktor muayene ve röntgen giderleri bu teminattan karşılanır.)

Küçük müdahale işlemi esnasında alınan patolojiler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Acil durum tanımına uygun olan ve yatış süresi 24 saati aşmayan ameliyatsız tedaviler yani tıbbi gözlem ve müşahedeye ait sağlık giderleri (malzeme, ilaç, doktor ücretleri, ilgili tetkik giderleri vb.) poliçede belirtilen Küçük Müdahale teminatı kapsamında değerlendirilir.

Ancak, "Acil Durum" tanımına uymayan durumlarda, bu tedaviler ile ilgili olsa dahi; her türlü muayene, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı gibi tetkikler ve/ veya reçete edilmesi şartıyla, kas içi, damar içi, eklem içi, kemik içi, deri içi, deri altı ve göz vitre içi, vb. uygulanan ilaçlara ait giderler küçük müdahale teminatı kapsamında olmayıp, ilgili ayakta tedavi teminatı limit ve ödeme oranları kapsamında değerlendirilecektir.

PUVA tedavisine (Ultraviyole ışınıyla deri hastalıklarının tedavisi) ilişkin giderler Küçük Müdahale teminatından ödenir.

Aynı seansta yapılan birden fazla müdahale, TTB'nin güncel uygulama esasları çerçevesinde değerlendirilecektir. Ancak birimleri toplamı TTB'nin güncel uygulama esasları içerisinde belirlenen küçük ameliyat biriminden yüksek olsa bile, işlemlerden herhangi biri TTB güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirlenen küçük ameliyat birimini geçmiyorsa küçük ameliyat kapsamında değerlendirilir.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında veya doktor muayenehanelerinde yapılan küçük müdahalelerde operatör doktora ödenecek ücret, TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutar ile sınırlıdır.

Yurt içindeki anlaşmalı sağlık kuruluşlarında, müdahaleyi kadrolu olmayan doktorlar yaparsa, bu doktorlara ödenecek ücret, Anadolu Sigorta'nın sağlık kuruluşu ile imzaladığı sözleşmede belirtilen ücretler kadar olacaktır.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yapılan ve TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında adı geçmeyen ameliyatlara için ödenecek ücret, anlaşmalı kurumlar içerisindeki emsal teşkil eden hastane ile şirketimiz arasında yapılan anlaşmada belirtilen tutarı ile sınırlıdır.

3.1.5. Fizik Tedavi Giderleri

Fizik tedavi yapmaya ehliyetli doktorlarca yapılan fizik tedavi giderleri ve her türlü ağrı tedavisine ilişkin tüm giderler, tedavinin ayakta ya da yatışlı yapılmasına bakılmaksızın poliçede belirtilen fizik tedavi teminatının ödeme oranı, limitleri ve seans limitleri dahilinde ödenir. Fizik tedavi yapılması sırasında faturalandırılan oda-yemek-refakatçi, doktor takibi, vb. giderler ödenmez.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında veya doktor muayenehanelerinde yapılan fizik tedavilerde doktora ödenecek ücret, TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutar ile sınırlıdır.

Yurt içinde anlaşmalı sağlık kuruluşlarında, fizik tedavi uygulamasını kadrolu olmayan doktorlar yaparsa, bu doktorlara ödenecek ücret, Anadolu Sigorta'nın sağlık kuruluşu ile imzaladığı sözleşmede belirtilen ücretler ile sınırlıdır.

Fizik tedavi giderlerinin ödenebilmesi için, tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.) ve ayrıntılı doktor raporunun (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü) Anadolu Sigorta'ya ulaştırılması gerekmektedir.

3.1.6. Check Up

Poliçesinde check-up teminatı bulunan sigortalılarımızın aşağıda belirtilen tetkiklere ait giderleri yılda bir kez ve %100 oranında karşılanır. Bu teminat 14 (dahil) ve üstündeki yaşlarda olan sigortalılar için geçerlidir.

Tüm Batın USG, Dahiliye Muayene, EKG, Akciğer PA, Üre, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, LDL Kolesterol, Kan Sayımı (18 Parametre), Glukoz (Açlık Kan Şekeri), Tam İdrar.

Check-up teminatı sadece web sitemizde belirtilen anlaşmalı sağlık kuruluşlarında kullanılabilir.

Sigortalının ikamet ettiği ilde check-up için anlaşma yapılan sağlık kurumu bulunmaması halinde; sigortalı tarafından farklı bir sağlık kuruluşunda check-up panelinde yer alan tetkikler yaptırılırsa ödenecek tutar, o ile en yakın olan ve check-up için anlaşma yaptığımız sağlık kuruluşlarında geçerli olan tutar kadar ödeme yapılacaktır.

3.2. YATIŞLI TEDAVİ TEMİNATLARI

Ameliyatlı ve/veya ameliyatsız yatışlı tedaviler, sigortalının yatmasını gerektirmeyen ve TTB'nin güncel uygulama esaslarında tanımlanmış küçük ameliyat biriminden yüksek olan cerrahi ve ortopedik müdahalelere ilişkin giderler yatışlı tedavi kapsamında değerlendirilir.

Ancak, Tetkik amaçlı yatışlar, Yatışlı Tedavi Teminatı kapsamı dışındadır.

Ameliyat öncesi anestezi uzmanının yapılmasını istediği tetkikler Yatışlı Tedavi Teminatının limiti dahilinde ödenir.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarına verilen yatış onayları süresiz değildir. Verilen yatış onayı, yedi gün içerisinde gerçekleşmesi ve poliçenin yürürlükte olması kaydıyla geçerlidir. Belirtilen sürelerden sonra hastanede yatışlı tedavi görülmesi gerekiyorsa sigortalının ve sağlık kuruluşunun tekrar provizyon verilmesi için başvurmaları gerekmektedir.

On beş günü aşan tüm yatışlarda, on beşinci günden sonra oluşan teminat kapsamındaki giderlerin karşılanabilmesi için, konuya ilişkin yeni bir bildirim formu gönderilerek Sigortacının onayının tekrar alınması gerekmektedir.

3.3. AMELİYAT GİDERLERİ

Sigortalının tedavisinin cerrahi müdahale gerektirdiğinin doktor raporu ile belgelenmesi ve cerrahi müdahalenin sağlık kuruluşlarında yapılması kaydıyla, ameliyathane kullanım bedelini, ameliyat sırasında kullanılan malzeme ve ilaç giderlerini, operatör doktor ve ekibinin (Asistan ve anestezi uzmanı vb.) ücretini kapsayan ameliyat giderleri, teminat tablosunda belirtilen limitler, poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

Ameliyat ön onayının alınması: Sigortalılar, acil tıbbi durumlar haricinde, ameliyat olmadan bir kaç gün önce, ameliyatı yapacak olan doktorun dolduracağı ve anlaşmalı sağlık kuruluşlarında mevcut bulunan "Hasta Bilgi Formu " 'nun sigortacıya fakslanmasını sağlayarak, ameliyat olacaklarını Şirketimize bildirmelidirler. Sigortalılarımızın planlanan yatarak tedaviden önceki günlerde giderlerin ödenip ödenmeyeceği hakkında Şirketimiz yetkilileri ile görüşüp teyit almaları, yatış işlemleri sırasında hastanede bekleyerek zor durumda kalmamaları açısından önemlidir.

Operatör doktor ve ekibine ödenecek ücret: Anlaşmalı sağlık kuruluşunda yapılan bir ameliyat için operatör doktor ve ekibi (Asistan, anestezi uzmanı vb.) dışarıdan getirildiği takdirde, operatör doktor ve ekibine ödenecek ücret, en fazla, ameliyatın yapıldığı sağlık kuruluşunun sigortacıyla yaptığı sözleşmede belirtilen kadrolu doktor ücreti kadar olacaktır. Dışarıdan gelen doktorun talep ettiği ücret, sigorta şirketinin kadrolu doktor ve ekibi için sağlık kuruluşuna ödeyeceği tutardan fazla olursa aradaki fark sigortalı tarafından karşılanacaktır.

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında ya da muayenehanelerde yapılan ameliyatlarda operatör doktorlara ve ekibine (asistan, anestezi uzmanı vb.) ödenecek ücret Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutar kadar olacaktır.

Aynı seansta birden fazla ameliyatın yapılması ve bu ameliyatlardan bazılarının sigorta kapsamına girmemesi halinde, kapsama girmeyen ameliyat veya ameliyatlara ilgili giderler karşılanmaz.

Hastane koşullarında yapılan kateterli koroner anjiyografi girişimine, dış gebelik operasyonuna ve ESWL operasyonuna (Böbrek taşı kırılması) ait giderler ameliyat teminatından ödenir.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yapılan ve TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında adı geçmeyen ameliyatlara için ödenecek ücret, anlaşmalı kurumlar içerisindeki emsal teşkil eden hastane ile şirketimiz arasında yapılan anlaşmada belirtilen tutar ile sınırlıdır.

3.4. HASTANE ODA-YEMEK-REFAKATÇİ GİDERLERİ

Sigortalının, sağlık kuruluşlarında yatışlı tedavisini gerektiren her vakada, her tam gün için oda-yemek-refakatçi giderleri poliçede belirtilen limit, poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

Lüks oda veya suit oda gibi odalarda yatış halinde, yatak, yemek ve refakatçi giderleri için, tedavi olunan hastanenin tek kişilik özel oda giderleri kadar ödeme yapılır. Aradaki fark sigortalı tarafından ödenir.

3.5. YOĞUN BAKIM GİDERLERİ

Sigortalının sağlık kuruluşlarında yoğun bakım ünitesinde yatışına neden olan her vakada, 90 güne kadar gerçekleşecek yoğun bakım giderleri, poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

3.6. DOKTOR TAKİBİ GİDERLERİ

Sigortalının sağlık kuruluşundaki yatışlı tedavisi sırasında doktor tarafından yapılan takiplere ilişkin giderler, poliçede belirtilen limit, poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Doktor takibi giderlerinin sağlık kuruluşunun faturasında ayrı bir kalem olarak belirtilmiş olması gerekmektedir.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarındaki tedavilerde hasta takibi ve konsültasyon için dışarıdan doktor getirildiği takdirde, doktora ödenecek ücret, sağlık kuruluşu ile sigorta şirketinin yapmış olduğu anlaşmada belirtilen ve kadrolu doktora ödenecek olan ücret kadar olacaktır. Dışarıdan getirilen doktor daha fazla ücret talep ederse, aradaki fark sigortalı tarafından ödenecektir.

Sigortalının anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarındaki doktor takibi giderleri Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutar kadar karşılanır. Faturadaki tutar TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen doktor takibi tutarından fazla ise bu tutar sigortalı tarafından ödenecektir.

3.7. İLAÇ GİDERLERİ (YATIŞLI)

Sigortalının sağlık kuruluşlarında yatışlı tedavisi sırasında kullanılan ilaçların giderleri, poliçede belirtilen limit, poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

3.8. TANI BİRİMLERİ GİDERLERİ (YATIŞLI)

Yatışlı tedavi sırasında gerçekleşen, yatış tanısı ile uyumlu tanı birimleri giderleri, poliçede belirtilen limit, poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

Kateterli anjiyografiler (kateterli koroner anjiyografi hariç), mediastinoskopi, videotorakoskopi bu teminat kapsamındadır.

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yapılan tanıya yönelik girişimsel tetkiklerin doktor ücretleri için ödenecek tutar, Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutar kadar olacaktır.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında, tanıya yönelik girişimsel tetkikleri kadrolu olmayan doktorlar yaparsa, bu doktorlara ödenecek ücret, Anadolu Sigorta'nın sağlık kuruluşu ile imzaladığı sözleşmede belirtilen ücretler kadar olacaktır.

3.9. DİĞER TEMİNATLAR

3.9.1. Doğum giderleri

Teminatın yürürlüğe girmesi: Doğum teminatı, sigortalının doğum teminatı bulunan bir poliçe kapsamına dahil olmasından 1 yıl sonra yürürlüğe girer. İlk poliçe yılında gerçekleşen doğum giderleri, gebelik mutad kontrolleri, gebelik ve doğumun neden olduğu komplikasyonlara ilişkin giderler poliçe kapsamı dışındadır. Doğum teminatı ile ilgili giderler sigortalının 2. poliçe yılında ödenmeye başlar.

Teminatın kapsamı: Normal doğum, sezaryen giderleri, gebelik mutad kontrollerine ait giderler ve gebelik ve doğumun neden olduğu rahatsızlıklara ilişkin giderler (Zorunlu kürtaj, düşük, düşük tehdidi, gebelik kusmaları, doğum sonrası komplikasyonları vb.) doğum giderleri teminatı limiti dahilinde ödenir. Ek olarak oda-yemek-refakatçi, tanı birimleri, ilaç, doktor ve diğer teminatlar yürürlüğe girmez. Doğum teminatı kapsamına giren mutad kontroller haricindeki tüm giderler, 1 yıllık poliçe döneminde sadece 1 kere ödenir. Zorunlu kürtaj ve düşük ile ilgili giderler için adet sınırlaması bulunmamaktadır.

Non-invaziv yani girişimsel olmayan (NIFTY, Harmony, Prenan vb.) prenatal testler; Doğum Giderleri Teminatı limitinden

düşülmek şartıyla anlaşmalı kurumlar için; anlaşmalı kurum fiyat protokolündeki amniyosentez ücreti kadar, anlaşmasız kurumlar için ise; Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen amniyosentez ücreti kadar ödenir.

3.9.2. Gebelik mutakat kontrolleri

Doğum teminatlı bir poliçeye sahip olarak 1 yılını tamamlayan sigortalılara gebelik süresince gebelik ile ilgili (Gebelik mutakat kontrolleri) her türlü doktor muayene, tetkik ve tedavi giderleri, Doğum Giderleri Teminatı limitinden düşülmek şartıyla poliçede belirtilen limit ve oran dahilinde ödenir.

Diğer sigorta şirketlerinden Anadolu Sigorta'ya geçiş yapan kişilerin de, diğer sigorta şirketinde doğum teminatına hak kazanmak için bekleme süresini doldurmuş olsalar dahi, Anadolu Sigorta'daki ilk yıllarında doğum mutakat kontrolleri ile ilgili giderleri ödenmez.

Önceki gebelik döneminde yapılan bir düşüğün nedeninin araştırılmasına yönelik giderler poliçe kapsamında değildir.

Gebelik süresince, bebeğin rahatsızlanması sonucu ortaya çıkabilecek her türlü gider poliçedeki doğum teminatı kapsamında değerlendirilir.

Bebeğin sağlık durumunun, gebeliğin devamı ve anne sağlığı için risk oluşturduğu durumlarda zorunlu kürtaj giderleri doğum giderleri teminatından ödenir. Mevcut durumun doktor raporu ve USG ile belgelenmesi gerekmektedir.

Poliçede, ebeveynleriyle birlikte çocuk statüsünde sigortalı olan kadınlar Doğum Giderleri teminatından yararlanamazlar.

Diğer sigorta şirketlerinden birinde sigortalılıkları sona erdikten sonra Anadolu Sigorta tarafından sağlık sigortası kapsamına alınan sigortalılar için de, ilk yıl doğum teminatına ait giderler ödenmez.

3.9.3. Yeni Doğan Bebek İle İlgili Giderler

Doğumun hemen sonrasında, bebek hastaneden çıkmadan, sağlıklı yeni doğan bebekle ilgili olarak yapılan muayene, rutin tetkik ve kontrollere ait giderler doğum teminat limitleri dahilinde ödenir.

Yeni doğan bebeklerin doğuştan gelen rahatsızlıkları (Konjenital hastalıklar, prematürite, düşük tartılı olma, kan uyuşmazlığı vb.) ile ilgili giderler ve bu tür rahatsızlıklarıyla ilgili kuvöz masrafları poliçe kapsamı dışındadır. Bu durumun istisnası Anadolu Sigorta Bebekleridir.

3.9.4. Anadolu Sigorta Bebeği

Şirketimizde, bireysel sağlık sigortası kapsamında doğum teminatlı bir poliçede bir yılını tamamlayarak doğum teminatını kullanmaya hak kazanmış olan sigortalılarımızın yeni doğan bebeklerinin "Anadolu Sigorta Bebeği" olabilmeleri için;

- Annenin bireysel sağlık sigortası kapsamında en az bir yıllık bekleme sigortalılık süresini tamamlaması ve doğum teminatını kullanmaya hak kazanması,
- Doğum tarihinden sonraki 15 gün içinde başvuru formunun doldurularak annesi ile aynı bireysel planda sigortalanması,
- İlk yenileme döneminde plan değişikliği yapılsa dahi anne ve bebeğin aynı poliçe kapsamında sigortalanması gerekmektedir.

Anadolu Sigorta Bebekleri; Doğum tarihi itibarıyla Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilerek sigorta kapsamına alınırlar ve bu bebeklerin doğuştan gelen hastalıklarına ait sağlık giderleri poliçe kapsamında ödenir.

Bu bebeklere, bazı ameliyatlar için uygulanan 1 yıllık ameliyat bekleme süreleri uygulanmaz.

Anadolu Sigorta Bebekleri yenidoğan kuvöz teminatına hak kazanırlar.

Doğum tarihinden itibaren 15 gün içinde sigortalanmak için başvurusu yapılmayan ya da sigortalanma başvurusu daha sonraki tarihlerde yapılan bebekler, tıbbi risk değerlendirmesi yapılarak başvuru tarihi itibarıyla sigortalanır. Bu bebeklere Şirketimizde sigortalandığı tarih itibarıyla Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilir ancak, doğuştan gelen hastalıklarına ait giderler poliçe kapsamı dışında bırakılır.

3.9.5. Yenidoğan kuvöz teminatı

Bu teminattan, sadece Anadolu Sigorta Bebekleri yararlanacaklardır.

Kuvöz teminatı; Anadolu Sigorta bebeklerinin doğum tarihinden itibaren ilk 60 gün içerisinde oluşan prematürite (erken doğum) ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkili sağlık giderlerini poliçede belirtilen limit dahilinde karşılamak amacıyla verilmektedir.

Birden fazla sayıda bebeğin doğması ve yukarıda belirtilen koşulların geçerli olması durumunda her bir bebek poliçede belirtilen yeni doğan kuvöz teminatına sahip olacaktır.

Sahip oldukları poliçede doğum teminatı olmayan sigortalıların bebeklerinin ve doğum teminatlı bir poliçeye sahip olsalar da doğum tarihinden sonraki 15 gün içinde başvuru formu doldurarak kendisi ile aynı planda sigortalatmayan sigortalıların bebeklerinin kuvöz masrafları ödenmeyecektir.

3.9.6. Kemoterapi ve radyoterapi giderleri

Kemoterapi ve radyoterapi ile ilgili giderler (doktor, oda-yemek-refakatçi, ilaç, venöz port açılması) ve kemoterapi - radyoterapi öncesinde bu iki işlemin yapılabilmesi için gerekli olan kan tetkikleri ile, kemoterapi ve radyoterapi sonrasında

oluşabilecek komplikasyonların değerlendirilmesi için yapılan kan tetkikleri ve komplikasyonlarının tedavisi, poliçe özel ve genel şartları dahilinde bu teminattan ödenir.

Kanser tedavileri dışında Hepatit C tedavisinde kullanılan "interferon alpha" etken maddeli ilaçlar (Roferon-A ya da Intron-A) ve "peginterferon alpha" etken maddeli ilaçlar (Pegasys ya da Pegintron) kemoterapi teminatından ödenir.

Kemoterapi ve radyoterapi sonrasında hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan muayene ve tetkiklere ait giderler ilgili teminatlardan ödenir, kemoterapi teminatından ödenmez.

Anlaşmalı bir sağlık kuruluşunda, o sağlık kuruluşunun kadrolu doktoru olmayan, dışarıdan gelen bir doktora yaptırılan kemoterapi / radyoterapi için, kadrolu olmayan doktora ödenecek ücret, en fazla, işlemin yapıldığı sağlık kuruluşunun sigortacı ile yaptığı sözleşmede belirtilen kadrolu doktor ücreti kadar olacaktır. Dışarıdan gelen doktor, bu ücretten daha fazla ücret talep ederse aradaki farkı sigortalı ödeyecektir.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarındaki kemoterapi/radyoterapi işlemleri için doktora ödenecek ücret, TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirlenen tutar kadar olacaktır.

3.9.7. Rehabilitasyon giderleri

Sigortalının, nörolojik hastalıklar, ağır travma, el-kol-bacak ampütasyonu vb. sonrası yitirdiği yaşam aktivitelerini (Koltuk değnekli veya değneksiz yürüme, yeme içme, elbise giyip çıkarma, tualete oturma, merdiven inip çıkma) yeniden kazanabilmesi için kendisine verilen fonksiyonel eğitim (Rehabilitasyon) ile ilgili tüm giderleri, tedavinin yatarak yapılması ve bu durumun sigortacı tarafından kabul edilmesi koşuluyla, poliçede belirtilen limit, poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Ayrıca oda-yemek-refakatçi, doktor takibi vb. diğer teminatlar yürürlüğe girmez.

3.9.8. Evde bakım giderleri

Sigortalının sağlık kuruluşundaki yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için kendi evinde sadece tıbbi personel tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin giderler, poliçede belirtilen limit, poliçe özel ve genel şartları dahilinde bu teminattan ödenir. Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için; sigortalıyı tedavi eden doktor tarafından, sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir sağlık personeli eşliğinde evde sürdürülmesi gerektiğini bildiren bir rapor hazırlanması ve sigortacıya bildirilmesi, bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin evde bakım gerçekleşmeden önce sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

Sigortalının günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, inkontinans ya da immobilize olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, ağız yoluyla ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapıyor olması, üriner kateter bulunması, evde yalnız yaşıyor olması ve sosyal desteğe gereksinimi olan kronik hastalığının bulunması Evde Bakım Hizmetleri teminatı kapsamına girmez.

3.9.9. Diyaliz giderleri

Diyaliz ile ilgili giderler -doktor, oda-yemek-refakatçi, ilaç, tanı birimleri, şant açılması vb. tüm giderler- poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

Sigortalıya, anlaşmalı bir sağlık kuruluşunda, o sağlık kuruluşunun kadrolu doktoru olmayan, dışarıdan gelen bir doktor tarafından diyaliz yapılırsa, kadrolu olmayan doktora ödenecek ücret, en fazla, işlemin yapıldığı sağlık kuruluşunun sigortacı ile yaptığı sözleşmede belirtilen kadrolu doktor ücreti kadar olacaktır. Dışarıdan gelen doktor, bu ücretten daha fazla ücret talep ederse aradaki farkı sigortalı ödeyecektir.

Yurt içinde anlaşmalı kuruluşlar dışında yapılan diyalizlerde, doktora ödenecek ücret, TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirlenen tutar kadar olacaktır.

3.9.10. Suni uzuv giderleri

Poliçe süresi içinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucunda fonksiyon kaybına uğramış bir organın tedavisi suni uzuv gerektirirse, suni uzuv giderleri (El, kol, bacak ve estetik amaç taşımayan protezler) poliçede belirtilen limit, poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Suni uzuv teminatı sadece kullanılan aparat (Malzeme) içindir. Sigorta başlangıç tarihinden önce var olan maluliyetler için kullanılacak suni uzuvlar, var olan suni uzuvların yenilenmesi ve dış protezlerine ilişkin giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Poliçe kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası yapılan rekonstrüksiyon ameliyatlarına ilişkin tüm giderler bu teminat limitleri dahilinde bir kereye mahsus karşılanacaktır. Ayrıca ameliyat, oda-yemek-refakatçi, doktor takibi, yatarak ilaç, yatarak tanı vb. diğer teminatlar yürürlüğe girmez. Poliçe kapsamında kabul edilmiş meme kanseri nedeniyle sigortalıların kullanacağı meme protezlerine ait giderler de bu teminat kapsamında karşılanacaktır.

3.9.11. Trafik kazası sonucu dış tedavisi giderleri

Sigortalının trafik kazası sonucu dış tedavisi ile ilgili giderleri, T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş hastane, klinik ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli dış doktorlarınca yapılması halinde poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Trafik kazası sonucu hasar gören dişlerin her türlü tedavi giderleri (Diş ve diş eti cerrahisi dahil) diğer teminatların kapsamı dışındadır. Trafik kazası sonucu meydana gelen diş rahatsızlıklarına ait tedavi giderlerinin

ödenebilmesi için, sigortalının kazayı takip eden 90 gün içinde tedavisini yaptırmış olması; trafik kazası ise trafik kaza raporu ve dişlerin hasar gördüğüne dair adli raporun fatura ile birlikte sigorta şirketine ibraz edilmesi gerekmektedir. Trafik kazası sonucu dişlerin uğradığı hasarların giderilmesi dışındaki diş tedavilerine ait giderler ödenmez.

Trafik kazasına bağlı diş tedavisine ait giderlerin ödenebilmesi için doktor ücretine ait fatura ya da serbest meslek makbuzu ile hangi dişin tedavi edildiğini gösteren ağzın grafik şemasının gönderilmesi gerekmektedir. Sigorta şirketi isterse ayrıca ağzın röntgenini ve tedaviyi yapan doktorun ayrıntılı raporunu isteyebilir.

3.9.12. Yardımcı tıbbi malzeme teminatı

Sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu sigortalıya uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel: atel (orthez, brace, aktif ankle, bon spur ped), ortopedik tabanlık, walker, elastik bandaj, kol askısı, korse, varis çorabı, nebulizatör, işitme cihazı, boyunluk, dizlik, bileklik, oturma simidi, yanık tedavisinde kullanılan örtüler, ileostomi torbası, sistostomi torbası, insülin pompası, lenf ödem çorabı, şeker ölçüm stribi ve koltuk değneğinden ibaret tıbbi malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Yukarıda sayılanların dışındaki yardımcı tıbbi malzemeler kapsam dışındadır.

3.9.13. Kontrol amaçlı mamografi ve meme ultrasonografisi

40 ve üstü yaşlardaki kadın sigortalıların kontrol amaçlı yaptırdıkları mamografi, meme ultrasonografisi ve bu tetkiklerin değerlendirilmesine ait muayene giderleri yılda bir kez ve %100 oranında karşılanacaktır. İlgili işlemlerin Sigortalının belirleyip, anlaşmalı sağlık kuruluşları listesinde ayrı bir tabloda belirttiği sağlık kuruluşlarında yaptırılmaları gerekmektedir.

Mamografi, meme ultrasonografisi ve muayene giderleri, bu işlemlerin aynı sağlık kuruluşunda yapılması şartı ile ödenecektir. Anlaşmalı kurum olsun ya da olmasın farklı sağlık kuruluşlarında yaptırılan kontrol amaçlı mamografi ve meme ultrasonografisine ait giderler poliçe kapsamında değildir.

Sigortalının ikamet ettiği ilde kontrol amaçlı mamografi ve meme ultrasonografisi için anlaşma yapılan sağlık kurumu bulunmaması halinde; sigortalı tarafından farklı bir sağlık kuruluşunda ilgili işlemlerin yaptırılması halinde, o ile en yakın olan ve kontrol amaçlı mamografi ve meme ultrasonografisi için anlaşma yaptığımız sağlık kuruluşlarında geçerli olan tutar kadar ödeme yapılacaktır.

3.9.14. Kontrol amaçlı PSA (Prostat Spesifik Antijen)

40 ve üstü yaşlardaki erkek sigortalıların kontrol amaçlı yaptırdıkları PSA ve bu tetkikin değerlendirilmesine ait muayene giderleri, yılda bir kez ve %100 oranında karşılanacaktır. İlgili işlemlerin Sigortalının belirleyip, anlaşmalı sağlık kuruluşları listesinde ayrı bir tabloda belirttiği sağlık kuruluşlarında yaptırılmaları gerekmektedir.

PSA tetkiki ve muayene giderleri, bu işlemlerin aynı sağlık kuruluşunda yapılması şartı ile ödenecektir. Anlaşmalı kurum olsun ya da olmasın farklı sağlık kuruluşlarında yaptırılan kontrol amaçlı PSA tetkikine ait giderler poliçe kapsamında değildir.

Sigortalının ikamet ettiği ilde kontrol amaçlı PSA için anlaşma yapılan sağlık kurumu bulunmaması halinde; sigortalı tarafından farklı bir sağlık kuruluşunda ilgili işlemin yaptırılması halinde, o ile en yakın olan ve PSA için anlaşma yaptığımız sağlık kuruluşlarında geçerli olan tutar kadar ödeme yapılacaktır.

3.9.15. Kontrol amaçlı kolonoskopi

Poliçesinde bu teminata sahip 50 ve üstü yaşlardaki tüm sigortalıların kontrol amaçlı yaptırdıkları kolonoskopi tetkikine ait giderler yılda bir kez ve %100 oranında karşılanacaktır. İlgili işlemin Sigortalının belirleyip, anlaşmalı sağlık kuruluşları listesinde ayrı bir tabloda belirttiği sağlık kuruluşlarında yaptırılmaları gerekmektedir.

Diğer anlaşmalı sağlık kuruluşlarında ya da anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yaptırılan kolonoskopi tetkikine ait giderler poliçe kapsamında değildir. Kontrol amaçlı kolonoskopi esnasında tespit edilebilecek hastalıklara ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilmeyecektir.

Sigortalının ikamet ettiği ilde kontrol amaçlı kolonoskopi için anlaşma yapılan sağlık kurumu bulunmaması halinde; sigortalı tarafından farklı bir sağlık kuruluşunda ilgili işlemin yaptırılması halinde, o ile en yakın olan ve kontrol amaçlı kolonoskopi için anlaşma yaptığımız sağlık kuruluşlarında geçerli olan tutar kadar ödeme yapılacaktır.

3.9.16. Ameliyat sonrası fizik tedavi giderleri

Ameliyat veya yoğun bakım gerektiren bir tedavi sonrası, hastaneden taburcu olunan ya da ortopedik ameliyata bağlı olarak uygulanan alçının çıkarıldığı tarihi takip eden iki ay içerisinde başlayan ve söz konusu tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri, ayakta veya yatışlı gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın teminatın limitleri, poliçenin özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında veya doktor muayenelerinde yapılan fizik tedavilerde doktora ödenecek ücret, TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutar ile sınırlıdır.

Yurt içindeki anlaşmalı sağlık kuruluşlarında, fizik tedavi uygulamasını kadrolu olmayan doktorlar yaparsa, bu doktorlara ödenecek ücret, Anadolu Sigorta'nın sağlık kuruluşu ile imzaladığı sözleşmede belirtilen ücretler ile sınırlıdır.

3.9.17. Kara ambulans teminatı

Sigortalılarımız, aşağıda belirtilen "Acil Durumlarda", Şirketimiz adına bu hizmeti veren firmanın alarm merkezini sigorta kartlarının arkasında yazılı olan telefon numarasından arayarak, 7 gün 24 saat ücretsiz olarak, danışmanlık hizmeti alabilecekler ve bir doktor eşliğinde kara ambulansı hizmetinden yararlanabileceklerdir. Şirketimizin anlaşmalı olduğu firma, İstanbul dışında örgütlendiği il ve ilçelerde de bu hizmeti verecektir. İstanbul dışındaki sigortalılar aradığında Alarm Merkezi, yerleşim merkezine en yakın ambulansı doktor eşliğinde sigortalının adresine yönlendirecektir. Gelen ekip sigortalıyı evde tedavi edebileceği gibi, gerekirse uygun bir sağlık kuruluşuna götürecektir. Sigortalılar, aşağıda belirtilen "Acil Durumlarda" Şirketimizin anlaşmalı olduğu firmanın verdiği bu hizmet için herhangi bir ücret ödemeyeceklerdir.

Sigortalıların, acil vakalarda Şirketimizin anlaşmalı olduğu firmanın temin ettiği ambulans dışında bir ambulans kullanmaları halinde, ambulans giderleri her vakada poliçe özel ve genel şartları ve poliçede belirtilen limit dahilinde ödenir.

Poliçe kapsamında "Acil Vaka" olarak değerlendirilecek durumlar aşağıda liste halinde belirtilmiştir:

Suda boğulma, trafik kazası, yüksekte düşme, uzuv kopması, elektrik çarpması, donma, soğuk çarpması, ısı çarpması, ciddi yanıklar, ciddi göz yaralanmaları, zehirlenmeler, anafilaktik tablolar, omurga ve alt ekstremitte kırıkları, miyokard enfarktüsü, ani gelişen ciddi aritmi, hipertansif kriz, inme, ani felçler, akut batın, şeker ve üre komaları, akut masif kanamalar, akut böbrek yetmezliği, menenjit, ensefalit, beyin apsesi, astım krizi, renal kolik, akut solunum problemleri, yüksek ateş (39 derece ve üzeri). ,şuur kaybına neden olan her türlü durum, ciddi genel durum bozukluğu, migren ve/veya kusma, şuur kaybıyla beraber olan baş ağrıları, ciddi iş kazaları, akut gastroenterit (kusma, ateş, konvülsiyon ya da dehidratasyon varlığındaki) yeni doğan komaları.

Yukarıda belirtilen durumlar, poliçe özel ve genel şartlarına uyması koşuluyla geçerlidir.

3.9.18. Yurt içi hava ambulansı teminatı

Bu teminat sadece poliçelerinde yurt içi hava ambulansı teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

Yurt içindeki vakalarda, sigortalının bulunduğu yerde tedavisinin imkanı yoksa ve sağlık durumu, bulunduğu yere en yakın olan donanımlı bir sağlık merkezine kara ambulansı ile taşınmasına uygun değilse, sigortalının nakline ait giderler, Şirketimizin onay vermesi kaydıyla, sadece Şirketimizin anlaşmalı olduğu firma tarafından hava ambulansı ve/veya hava taşımacılığı ile sağlanır. Üçüncü şahıslardan alınacak bu hizmet sırasında meydana gelebilecek herhangi bir olumsuzluktan Anadolu Sigorta sorumlu tutulmayacaktır. Anadolu Sigorta ambulans giderleri ile ilgili olarak, poliçede belirtilen limitler dahilinde ödeme yapacaktır.

3.9.19. Yurt dışı hava ambulansı teminatı

Bu teminat sadece poliçelerinde yurt dışı hava ambulansı teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

Yurt dışındaki vakalarda, sigortalının bulunduğu yerde tedavisinin imkanı yoksa ve sağlık durumu, bulunduğu yere en yakın olan donanımlı bir sağlık merkezine kara ambulansı ile taşınmasına uygun değilse, sigortalının nakli, Şirketimizin onay vermesi kaydıyla, poliçede belirtilen ilgili teminat limitleri dahilinde ödenir. Üçüncü şahıslardan alınacak bu hizmet sırasında meydana gelebilecek herhangi bir olumsuzluktan Anadolu Sigorta sorumlu tutulmayacaktır.

3.9.20. İleri tanı teminatı

Direkt radyolojik tetkikler ve laboratuvar tetkikleri (Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilmiş olan direkt radyolojik incelemeler ve laboratuvar incelemeleri konu başlığı altında geçen tetkikler) ve EKG ilgili giderler haricindeki tüm tanı işlemlerine ait giderler bu teminattan karşılanacaktır.

İleri tanı teminatından ödenecek işlemlerden bazıları bilgi amacıyla aşağıda belirtilmiştir:

MR, MR Anjiyografi (Kardiyak MR Anjiyografi hariç), BT, BT Anjiyografi (Koroner BT anjiyografi hariç), PET CT, ultrasonografi, doppler, holter, eforlu EKG, nükleer tıp (galyum, talyum, sintigrafi vb), endoskopik işlemler (gastroskopi, sistoskopi, bronkoskopi, vb.) , tüm biyopsiler (yatarak tedaviden ödendiği için karaciğer ve böbrek biyopsisi hariç), ph monitörizasyonu.

İleri tanı teminatından karşılanan işlemler sırasında ortaya çıkan tüm giderler (anestezi, ilaç, malzeme, patoloji vb) bu teminattan ödenecektir.

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yapılan tanıya yönelik girişimsel tetkiklerin doktor ücretleri için ödenecek tutar, Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutar kadar olacaktır.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında, tanıya yönelik girişimsel tetkikleri kadrolu olmayan doktorlar yaparsa, bu doktorlara ödenecek ücret, Anadolu Sigorta'nın sağlık kuruluşu ile imzaladığı sözleşmede belirtilen ücretler kadar olacaktır.

3.9.21. Menopoz giderleri teminatı

Anadolu Sigorta bireysel sağlık sigortası kapsamında kesintisiz en az 1 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş olması koşuluyla; sigortalıların (yaş sınırı olmaksızın) "premenopoz/ menopoz/ postmenopoz giderleri"; satın almış oldukları pakette belirtilen limitler dahilinde, ilgili teminat ödeme oranları dikkate alınarak karşılanacaktır. Menopoz ile ilgili giderler poliçesinde sadece bu teminata sahip olan sigortalılara ödenir.

Kurumsal sağlık sigortası poliçesinden bireysel geçiş yapan sigortalılar ile farklı sigorta şirketlerinden geçişler için de sigortalının ömür boyu yenileme garantisi olsa dahi 1 yıl bekleme süresi şartı aranacaktır. Hesaplı Sağlık Sigortası, Hesaplı Plus Sağlık Sigortası ve Hesaplı Maksi Sağlık Sigortası ürünlerimize sahip sigortalıların, yatışlı ve ayakta tedavi teminatlı ürünlere geçiş yapmaları halinde; mevcut planlarında geçirmiş oldukları süreler kazanılmış hak sayılacaktır.

3.10. SEPTUM DEVIASYONU VE KONKA HASTALIKLARI İLE İLGİLİ TEDAVİ GİDERLERİ

Sigortalının, Anadolu Sigorta bireysel sağlık sigortası bünyesinde kesintisiz en az 4 yıl sigortalı olup, "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı elde etmiş olması ve "Septum deviasyonu ve konka hastalıkları" ile ilgili teşhisin Anadolu Sigorta'da bireysel sağlık sigortası kapsamında sigortalı olduğu sürede konulmuş olması koşuluyla, ilgili rahatsızlığına ilişkin giderleri poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde karşılanır.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, "Septum deviasyonu ve konka hastalıkları"na ilişkin giderler için risk değerlendirmesi yapılacak olup, devir hak sayılmayacaktır.

Kurumsal sağlık sigortasında Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan ve Şirketimizin bireysel sağlık sigortası portföyüne geçiş yapan sigortalıların septum deviasyonu ve konka hastalıklarıyla ilgili tedavi giderlerinin ödenebilmesi için; bireysel sağlık sigortası bünyesinde en az 4 yıl kesintisiz sigortalı olup, "Septum deviasyonu ve konka hastalıkları" ile ilgili teşhisin de Anadolu Sigorta'da bireysel sağlık sigortası kapsamında sigortalı olduğu sürede konulmuş olması gerekmektedir.

Poliçede ayakta tedavi teminatının bulunması durumunda; dört yıl bekleme koşulu olmadan Septum deviasyonu ve konka hastalıkları ile ilgili muayene giderleri poliçe özel şartları ve genel şartlar dahilinde ilgili ayakta tedavi teminat limiti ve ödeme oranları kapsamında karşılanmaktadır.

3.11. KAZA SONUCU OLUŞAN BURUN KIRIKLARI

Kaza sonucu oluşan burun kırıklarına ilişkin tedavi giderleri; doktor raporu ile belgelenmesi durumunda ve ilgili kazanın poliçe başlangıç tarihi sonrasında ortaya çıkması koşuluyla ödenecektir.

3.12. SİGORTA BAŞLANGIÇ TARİHİNDEN SONRA ORTAYA ÇIKAN VE 1 YIL SÜREYLE AMELİYAT GİDERLERİ KAPSAM DIŞINDA BIRAKILAN RAHATSIZLIKLAR AŞAĞIDA BELİRTİLMİŞTİR. MALİGN (KÖTÜ HUYLU) TÜMÖRLER İÇİN 1 YILLIK BEKLEME SÜRESİ UYGULANMAZ.

1. Siğil, lipom, kist sebace(yağ bezesi),
2. Varis, anorektal hastalıklar (hemoroid, anal fissür, fistül, anal abse, vb.), sinüs pilonidalis (kist dermoid sakral), kist hidatik, kolonoskopi ve gastroskopilerde polipektomi ve her türlü fitik (karın içi organ fitiği, vb.), safra kesesi ve safra yolu hastalıkları tiroid bezi, ve meme hastalıkları,
3. Burun (kaza sonucu oluşan burun kırıkları hariç), bademcik, geniz eti, sinüzit, işitme kusuru (kulak tüpü takılması, timpanoplasti, vb),
4. Katarakt, glokom, keratokonus, retina,
5. Rahim ve yumurtalık hastalıkları, endometriozis, sistorektosel,
6. Tetik parmak (Trigger finger), çekiç parmak, her türlü tuzak nöropati, ganglion kisti, kistik higroma, morton nöroma,
7. Üriner sistem taşı (ESWL dahil), hidrosel, prostat hastalıkları, mesane hastalıkları,
8. Omurga ve disk hastalıkları, faset denervasyon, sinir blokajı,
9. Her türlü organ nakli (transplantasyon),
10. Tüm eklem hastalıkları (diz, omuz, kalça, dirsek benzeri tüm küçük, orta ve büyük eklemler), menisküs lezyonu, bağ, tendon yırtıkları vb.

3.13. POLİÇENİN KAPSAMI DIŞINDAKİ HALLER

Gerçekleşme nedeni ne olursa olsun, aşağıda belirtilen haller ile ilgili her türlü gider (Doktor muayene, tetkik vb.) poliçe kapsamı dışındadır:

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
2. Sigortalıların, poliçelerinde de belirtilen ve kapsam dışı bırakılan hastalıklarına ve bu hastalıkların komplikasyonlarına ait giderler,
3. Belirtisinin/bulgusunun ve/veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (komplikasyonlara) ilişkin tüm giderler,
4. Alkol ve madde bağımlılığı tedavileri ile ilgili giderler, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı sonucu meydana gelen rahatsızlıklara ve kazalara ilişkin giderler, ehliyeti olmayan sigortalıların araç kullanırken kaza yapmaları sonucunda oluşan her türlü sağlık giderleri, kavgaya karışma, bilerek ve isteyerek kendine zarar verme sonucu oluşan tedaviler ile ilgili giderler vb.,
5. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar,
6. Sigortalının kazaen yaralanmasının gerektirdiği müdahaleler dışındaki her türlü estetik amaçlı yapılan müdahaleler, varis sklerozan tedavisi(skleroterapi); kozmetik amaçlı tedaviler, alopesi (saç dökülmesi), saç ekimi, hirsutizm (kılınma),

- jinekomasti tetkik ve tedavileri vb., meme küçültme ve büyütme; ortoptik tedavi, deri nemlendirici ve temizleyici preparatlar, tatlandırıcılar; şişmanlık tetkik ve tedavisi, diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç vb. maddeler, asteni, şifa kürleri, çamur banyoları, karantina, akupunktur, masaj, mezoterapi, hidroterapi, manyetoterapi, ses ve konuşma terapileri vb.; huzurevi, sanatoryum, kaplıcalar, jimnastik ve güzellik salonları, ayak bakım merkezleri ve poliçede belirtilen "Sağlık Kuruluşu" tanımına uymayan kuruluşlardan alınan faturalar; alternatif tıp tedavi masrafları, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan Food And Drug Administration (FDA) kurumundan onay almamış ya da halen deneysel aşamada olduğu kabul edilen tetkik ve tedavi ve malzemeler, gen terapi, proloterapi, hacamat, sülük, anti-aging (geriye yaşlanma) programı, dengeli beslenme ve kişiye uygun diyet-egzersiz programları uygulayan sağlık merkezi ve/veya doktorların her türlü muayene, tetkik ve tedavi giderleri, anti-aging uygulamaları için yapılan her tür tetkik, takip, girişim ve ilaç bedelleri, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy- Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi), hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili giderler,
7. Poliçede belirtilen "Doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire, ebe vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
 8. Kısırlık tetkik ve tedavisi (Ovülasyon takibi, HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.), medikal ve cerrahi her tür yapay dölleme, üreme organlarıyla ilgili yapısal bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları, cinsiyet değiştirme, her türlü sünnet (fimozis nedeniyle olsa bile), isteğe bağlı kürtaj, kısırlaştırma, doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,
 9. Kısırlıkla ilgisi olsun ya da olmasın, her türlü varikozel tetkik ve tedavilerine ait giderler,
 10. Yalancı gebelik (psikolojik gebelik) ile ilgili giderler,
 11. Motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler, (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
 12. Sigorta Şirketinin verdiği check up teminatı dışındaki genel sağlık kontrolü ve check-up mahiyetindeki doktor muayene giderleri, periyodik kontroller ve doktorun herhangi bir rahatsızlığın araştırılması için istediği, ancak bu rahatsızlıkla ilgili olmayan tetkik giderleri,
 13. Psikiyatrik hastalık tedavisiyle ilgisi olsun veya olmasın, psikiyatri ilaçları, psikiyatrik hastalıklar, psikiyatri kliniklerinde ve/veya psikiyatri doktorları ve psikologlar tarafından yapılan tetkik ve tedaviler,
 14. Çocuk mamaları, çocuk bezleri, biberon ve emzikler; her türlü sabun, şampuan ve solüsyon, alkol ve kolonyalar; hidrofilyk pamuk, termometre, buz kesesi, sıcak su torbası vb. sıhhi malzemeler; uyku apne cihazı, tekerlekli iskemle, diş protezleri vb. yardımcı tıbbi malzeme ve cihazlar ile telefon, TV masrafları, tedavi için gerekli olmayan malzemeler ve sair idari masraflar,
 15. 0-6 yaş arasındaki çocukların rutin aşıları ve tüm sigortalıların tetanos, pnömokok, menenjit, rota virüsü ve grip aşısı dışında kalan aşıları ve bu aşılarla ilgili test giderleri,
 16. Her türlü alerji testi ve alerji aşılarına ilişkin giderler,
 17. Hepatit markerleri (0-6 yaş arasındaki çocuklar hariç),
 18. Teminat dışı bir durum nedeniyle ameliyat ve doğum teminatı ile ilgili ödeme yapılmaması halinde, ödenmeyen durum için yapılan her türlü doktor, ilaç, tanı, oda-yemek-refakatçi harcamaları ve her türlü harcama,
 19. AIDS ve HIV virüsüne bağlı hastalıklar ile cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar,
 20. Organ ve doku nakillerinde vericinin (Donör) masrafları, organ ve doku ücretleri ve organ ve dokunun ulaşım masrafları,
 21. Profesyonel veya amatör lisanslı sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar, tehlikeli tarzdaki sportif faaliyetlere (dağcılık, tırmanma, rafting, dalgıçlık, paraşütle atlama, yamaç paraşütü gökyüzü kayağı, bungee jumping, sivil havacılık faaliyetleri, deltaplan ile uçmak, planör kullanmak, balon ve bunlarla sınırlı olmayan diğer tehlikeli faaliyetler ile ilgili tüm giderler) katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar,
 22. Reçetesiz, faturasız ve kupürsüz alınan ilaç bedelleri ile faturasız diğer masraflar,
 23. Sigortalının tazminat talebinde bulunurken veya tedavi görürken yaptığı ulaşım, konaklama masrafları vb.,
 24. Hangi nedenle olursa olsun diş hekimleri ve çene cerrahlarınca yapılan muayene, tetkik, diş, diş eti tedavisi ile çene tedavilerine ilişkin tüm giderler (Ancak poliçesinde trafik kazası sonucu diş tedavisi giderleri teminatı olan sigortalıların trafik kazası sonucu oluşan diş giderleri teminat limitleri dahilinde karşılanır),
 25. Gözlük, cam, çerçeve, lens giderleri; gözde kırılma kusurunun (Myopi, vb.) giderilmesine yönelik müdahaleler ile ilgili giderler,
 26. Şaşılık ile ilgili giderler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
 27. Poliçede yer almayan teminatlara ilişkin her türlü tetkik ve tedavi giderleri,
 28. Akne (Sivilce), folikülit, komedon, genital siğil ve kondilom, nevüs (Ben), horlama ve uyku apne sendromuna ait tüm giderler,
 29. Epilepsi (Sara) ile ilgili giderler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
 30. Geriatrik rahatsızlıklar, yaşlılıktan ileri gelen bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve alzheimer hastalığı, Parkinson,

31. 24 aya kadar çocukların kasık fıtığı ve hidrosel ile ilgili giderleri (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
32. Septum deviasyonu, konka hastalıkları, (Septum deviasyonu ve konka hastalıkları ile ilgili giderlerin ödenebileceği haller Uygulamalara Ait Özel Şartlar kısmında açıklanmaktadır.)
33. Halluks valgus, halluks rigidus, beşinci parmak valgusu (bunion, bunionette vb.) hastalıklarına ait tüm giderler,
34. Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner VCT Anjiyo, Kardiyak MR Anjiyo, triple rule out ve Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen EBT (Elektron Beam Tomografi) konu başlığı altında geçen tüm tetkikler, sanal anjiyo ve sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
35. Sigortalıların, birinci ve ikinci derecede yakınlığı olan kişilerin yapmış oldukları muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
36. Kordon kanı ve kök hücre alınması, nakli ve işlenmesi ve PRP ile ilgili tüm giderler,
37. Tıbbi malzeme ve yardımcı tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne ad ve isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli (Robotik cerrahi işleminin yapılabildiği, bu işlem için özel anlaşma yapılmış kurumlar haricinde robotik cerrahi kullanım-kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler,
38. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi vb. nedenlerle alınan sağlık kurulu raporu için yapılan giderler,
39. Normal oda dışındaki odalarda kalınması durumunda, suit ve lüks oda farkı,
40. Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
41. Her türlü omurga eğriliği (kifoz, skolyoz, vb.), (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç)
42. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalarla ilgili giderler,
43. Varlığından haberdar olunsun ya da olunmasın, oluşumunda konjenital (doğumsal), yapısal veya genetik kusurların etkili olduğu hastalıklara ait tüm giderler (ör. AVM, Aksesuar İleti yolu/WPW sendromu, ASD, vb.) ve genetik testler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç)
44. Prematürite; erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile ilgili sağlık giderleri (Anadolu sigorta bebekleri hariç),
45. Her ne nedenle olursa olsun kadınlarda yumurta toplama ve saklama işlemi ile erkeklerde sperm toplama ve saklama işlemine ait tüm giderler,
46. Nazal valv ile ilgili tüm giderler,
47. Metabolik sendrom tanısıyla ilgili her türlü muayene, tetkik ve tedavi giderleri ile bu tedavilerden doğacak her türlü komplikasyonlara ait giderler,
48. Sigortalımızın işyeri hekiminin, sigortalımız, sigortalımızın eş ve çocukları için yazacağı her türlü tetkik ve tedaviye (işyeri hekiminin sigortalımız için yazmış olduğu ilaç giderleri hariç) ait giderler,
49. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 98/2 maddesi gereğince, sigortalıların ödemek ile yükümlü oldukları katılım payları ödenmez.
50. Türk Ticaret Kanunu'nun 1513. Maddenin 1. fıkrasında yer alan yer alan c ve d maddelerince ödenmesi gereken "sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası" ve "sigortalının, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya kararlaştırılan gündelik bakım parası" poliçe kapsamında karşılanmamaktadır.

4. COĞRAFI KAPSAM

Eko ürünler sadece Türkiye ve KKTC'de; bunlar dışındaki bireysel sağlık sigortası ürünleri ise tüm dünyada geçerlidir.

5. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

5.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARINDA KADROLU OLMAYAN DOKTORLARIN YAPTIKLARI İŞLEMLER

Bireysel sağlık sigortası ürünlerimizde yer alan tüm teminatlar için geçerli olmak üzere; yurt içindeki anlaşmalı sağlık kuruluşlarında kadrolu olmayan doktorlara ve ekibine (asistan, anestezi uzmanı vb.), yaptığı tedaviye yönelik işlemler (küçük müdahale, ameliyat, radyoterapi, kemoterapi, diyaliz vb.) ile tanıya yönelik girişimsel tetkikler (kolonoskopi, gastroskopi, sistoskopi, biyopsi, USG eşliğinde biyopsi, anjiyografi, MR eşliğinde anjiyografi vb.) için ödenecek doktor ücreti ücret Anadolu Sigorta'nın sağlık kuruluşu ile imzaladığı sözleşmede belirtilen ücretler kadar olacaktır.

Kadrolu olmayan doktorun talep ettiği ücretin kadrolu doktora ödenecek ücretten fazla olması durumunda aradaki fark sigortalı tarafından doktoruna ödenecektir.

Sigortalılarımız anlaşmalı sağlık kuruluşlarımız hakkında bilgiyi www.anadolusigorta.com.tr adresinden veya Şirketimizi arayarak alabilir.

5.2. ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARINDA KADROLU OLAN DOKTORLARIN YAPTIKLARI İŞLEMLER

Sigortalıların anlaşmalı sağlık kuruluşlarında kadrolu bir doktora gitmeleri durumunda; herhangi bir sebeple sağlık giderlerini kendilerinin ödemesi gerekirse; sağlık kartlarını gösterip Şirketimizden poliçeleri olduğunu beyan etmeleri ve fatura tutarının

sigorta şirketi ile sağlık kuruluşu arasında imzalanan sözleşmeye göre indirimli olarak kesilmesini sağlamaları gerekmektedir. Şirketimize gönderilen faturalar için; sigortalının hesabına ödeme yapılırken, gidilen sağlık kurumu ile anlaşmalı fiyatlarımız dikkate alınacak, sağlık kuruluşunun kestiği fatura tutarı indirimli fiyatlardan yüksek ise aradaki fark sigortalı tarafından ödenecektir.

5.3. ANLAŞMALI OLMAYAN SAĞLIK KURULUŞLARINDA DOKTORLARIN YAPTIKLARI İŞLEMLER

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında ya da muayenehanelerde, doktor ve ekibinin (asistan, anestezi uzmanı vb.) yaptığı tedaviye yönelik işlemler (küçük müdahale, ameliyat, radyoterapi, kemoterapi, diyaliz vb.) ile tanıya yönelik girişimsel tetkikler (kolonoskopi, gastroskopi, sistoskopi, biyopsi, USG eşliğinde biyopsi, anjiyografi, MR eşliğinde anjiyografi vb.) için ödenecek doktor ücreti Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutar kadar olacaktır.

Yukarıda belirtilen işlemler için doktor ve ekibine ödenecek ücret; sadece Elit Plus Sağlık Sigortası ürünümüz için TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutarın 2 katı kadar olacaktır. Aşağıda belirtilen teminat açıklamalarında bu husus göz önünde bulundurulmalıdır.

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yaptırılan işlemler için doktorun talep ettiği tutar, Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutardan daha fazla olursa, aradaki fark sigortalı tarafından ödenecektir.

Elit Plus Sağlık Sigortası ürünümüz için doktorun talep ettiği tutarın TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutarın 2 katından fazla olması durumunda aradaki fark sigortalı tarafından ödenecektir. Aşağıda belirtilen teminat açıklamalarında bu husus göz önünde bulundurulmalıdır.

5.4. YURT DIŞINDA YAPILAN TEDAVİLER

Yurt dışı tedavi giderleri sadece poliçelerinde yurt dışı tedavi teminatları olan sigortalılar için geçerlidir.

23.04.2014 tarihi itibarıyla yeni düzenlenecek bireysel sağlık sigortası poliçelerinde, sigortalıların Türkiye Cumhuriyeti sınırlarında ikamet etmeleri koşulu aranmaktadır. Ancak, bir poliçe döneminde yurt dışında kesintisiz 120 günden daha fazla süre ikamet edildiğinin tespiti durumunda, Anadolu Sigorta'nın pasaport talep etme ve yurt dışında gerçekleşen giderleri ödememe hakkı saklıdır.

Yurt dışında yapılan tedaviler için ödenecek tutarlar poliçelerdeki yurt dışı teminat tablolarında ayrıca belirtilmektedir. Yurt dışında gerçekleşen ayakta ve yatışlı tedavi giderleri poliçelerde belirtilen limitlere kadar ödenmektedir. Bu nedenle yurt dışında planlı olarak tedavi olacak sigortalılar, yurt dışına gitmeden önce olabilecekleri tedavi hakkında Şirketimize bilgi vermeli ve bu tedavi için ödenecek tutar hakkında Şirket yetkililerimizden bilgi almalıdırlar.

Şirketimizin yurt dışında direkt ödeme anlaşması imzalandığı sağlık kuruluşları bulunmamaktadır. Ancak Şirketimiz, yurt dışında çok sayıda ülkede anlaşmalı sağlık kuruluşları bulunan bir asistans firma ile sigortalılarımızın bu anlaşmalardan yararlanabilmeleri amacıyla bir sözleşme imzalamıştır. Bu sözleşmeye göre sigortalıların, yurt dışında yatışlı tedavi görecekleri sağlık kuruluşunun adını Anadolu Sigorta'ya önceden bildirmeleri ve tedavi görülecek sağlık kuruluşunun Şirketimizin anlaşmalı olduğu asistans firma ile anlaşması bulunması durumunda, söz konusu tedaviye ilişkin giderler sigortalının poliçe teminat limitleri dahilinde Şirketimiz tarafından doğrudan yurt dışındaki ilgili sağlık kuruluşuna ödenecektir.

Ancak, sigortalıların yatışlı tedavi görecekleri sağlık kuruluşlarının asistans firma ile anlaşması bulunmuyorsa sigortalılar sağlık giderlerini sağlık kuruluşuna kendileri ödeyecek daha sonra fatura ve ilgili raporları Şirketimize iletecekler; ödeme, poliçe genel ve özel şartları çerçevesinde sigortalıların banka hesaplarına yapılacaktır.

Sigortalıların yurt dışında gerçekleştirecek ayakta tedavi giderleri için ödemeyi kendilerinin yapması gerekmektedir. Sonrasında Şirketimizden ödeme alabilmek için "Tazminat İşlemleri" başlığı altında yer alan belgeleri tamamlayarak Şirketimize ulaştırmaları gerekmektedir.

Sigortalının T.C. ve K.K.T.C. hudutları dışındaki sağlık kuruluşlarında yapılan tedavilerinin giderleri, tedavinin yapıldığı ülkenin parasının fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz alış kuru esas alınarak, poliçe özel ve genel şartları ve Yurt dışı Teminat Tablosu'nda belirtilen limitler dahilinde TL olarak ödenir.

Yurt dışında yapılan tedavi giderlerine ait faturalar ve bu tedavilere ait rapor ve tetkik sonuçlarının, bu belgeler İngilizce dışında bir dilde ise, Türkçe tercümeleriyle beraber gönderilmesi gerekmektedir. Çeviri ücreti sigortalı tarafından karşılanacaktır. Sigortalı yurt dışındaki tedavilerine ait ödemeyi kredi kartıyla yapmış ise, kredi kartından ödendiğini gösteren kredi kartı slibini ya da ekstresini de Sigorta Şirketine göndermek zorundadır.

5.5. EKONOMİK ÜRÜNLERİN ÖZELLİKLERİ

Ekonomik ürünlerden birini satın alan sigortalılar, daha az prim ödeyerek, Şirketimizin daha uygun fiyatlar üzerinden anlaşma yaptığı sağlık kuruluşlarında tedavi olmayı ve yurt dışındaki sağlık giderlerinin karşılanmayacağını kabul etmişlerdir.

Ekonomik ürünlere sahip olan sigortalıların, sigortacının anlaşmalı olmadığı sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilecek muayene, teşhis, tedavi, mutad kontroller ve doğum gibi tüm sağlık giderleri, tüm teminatlar için; poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları dahilinde en fazla Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutara kadar ödenecektir.

Yukarıdaki açıklamanın istisnası olarak; anlaşmalı olmayan eczanelerdeki ayakta ilaç giderleri, anlaşmasız sağlık kuruluşlarından

temin edilen yardımcı tıbbi malzemelere ait giderler poliçede belirtilen teminatın limit ve ödeme oranı dahilinde ödenecektir. T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile Devlet Üniversite Hastanelerinde gerçekleştirilen tedavi giderleri anlaşmalı kurumlarda geçerli olan teminat limiti ve ödeme oranları dahilinde karşılanacaktır.

Aşağıda belirtmiş olduğumuz acil durumlar için gerçekleştirilecek tedavi giderleri, ekonomik ürünlerin geçerli olmadığı anlaşmasız sağlık kurumlarında poliçede yer alan ilgili teminatın limit ve ödeme oranları göz önünde bulundurularak "Acil Hizmet Teminatı" limitinden düşülerek karşılanır.

5.6. ACİL DURUMLAR

Suda boğulma, trafik kazası, yüksekten düşme, uzuv kopması, elektrik çarpması, donma, soğuk çarpması, ısı çarpması, ciddi yanıklar, ciddi göz yaralanmaları, zehirlenmeler, anafilaktik tablolar, omurga ve alt ekstremitte kırıkları, miyokard enfarktüsü, ani gelişen ciddi aritmi, hipertansif kriz, inme, ani felçler, akut batın, şeker ve üre komaları, akut masif kanamalar, akut böbrek yetmezliği, menenjit, ensefalit, beyin apsesi, astım krizi, renal kolik, akut solunum problemleri, yüksek ateş (39 derece ve üzeri), şuur kaybına neden olan her türlü durum, ciddi genel durum bozukluğu, migren ve/veya kusma, şuur kaybıyla beraber olan baş ağrıları, ciddi iş kazaları, akut gastroenterit (kusma, ateş, konvülsiyon ya da dehidratasyon varlığındaki), yeni doğan komaları.

Yukarıda belirtilen durumlar, poliçe özel ve genel şartlarına uyması koşuluyla geçerlidir.

AŞAĞIDA BELİRTİLEN KURUMLAR VE BU KURUMLARIN İLERİDE SAHİP OLACAKLARI YENİ SAĞLIK KURUMLARINDAN GELEN FATURALAR İÇİN ACİL DURUMLAR DA DAHİL OLMAK ÜZERE HİÇBİR SAĞLIK GİDERİ ÖDENMEYECEKTİR. BU KURUMLAR EKONOMİK KAPSAM DIŞINDA OLUP, ANLAŞMASIZ KURUM STATÜSÜNE DE GİRMEKTEDİR.

Acıbadem Sağlık Grubu

Amerikan Hastanesi Grubu (Koç Üniversitesi Hastanesi, Med Amerikan vb.)

Florence Nightingale Grubu

Liv Hospital

Intermed Grubu

6. TAZMİNAT İŞLEMLERİ

Sigortalının tedavisi için anlaşmalı kuruma başvurusu durumunda, anlaşmalı kurum Şirketimizden provizyon alır ve sigortalı, teminat limitleri dahilinde ödenmesi gereken katılım payını ödeyerek ve ibraname ile onam formunu imzalayarak anlaşmalı kurumdan ayrılır.

Anlaşmasız kuruma gitmesi durumunda ise sigortalının tedavi giderlerine ait fatura ve gerekli belgeleri Şirketimize ulaştırması gerekmektedir. Tedavi giderleri poliçe özel ve genel şartlarına göre değerlendirilerek ödenmesi gereken tazminat tutarı sigortalının hesabına ödenir.

Sigortalının tedavi giderlerinin ödenmesi için aşağıda belirtilen belgelerin sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir:

- Tazminat Talep Formu (Tazminat Talep Formu'nun ilgili bölümlerinin sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kuruluşu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- Tüm giderlerin fatura asılları ve fatura dökümleri,
- Yatışlı tedavilerde operasyon raporu ve/veya hasta çıkış epikrizi,
- Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- Tedavi gerektiren durumun trafik kazası sonucu meydana gelmesi halinde, alkol raporu, adli rapor ve trafik kazası raporu; trafik kazası dışında bir kaza olması durumunda ise alkol raporu, adli rapor ve sigortalı beyanı,
- Reçetenin aslı, ilaç kupürleri ve eczaneden alınan kasa fişi veya fatura, (ilaç kupürlerinin reçeteye yapıştırılarak gönderilmesi),
- Sinüzit ameliyatlarından önce sigortalıya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,
- Fizik tedavilerinde, 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),
- Yurt dışında yapılan tedavilere ait rapor ve tetkiklerin Türkçe tercüme, ödemenin yapıldığına dair belge (kredi kartı ekstresi veya kredi kartı slibi, havale dekontu)
- Kemoterapi tedavi şeması.

Tazminat ödemeleri sigortacı tarafından sigortalının banka hesabına on-line olarak yapılmaktadır.

Tazminat ödemesine ilişkin bilgiler Sigorta Bilgi Merkezi'ne aktarılacaktır.

6.1. SİGORTACININ RÜCU HAKKI

Sigortalının veya doktorun yanlış ve/veya eksik bilgilendirmesi yüzünden poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen ödemeler yapmak durumunda kalması halinde, sigortacı teminat kapsamı dışında yapılan bu ödemeleri sigortalıya rücu ederek tahsil eder. Ayrıca bu uygulama, sigortacının poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen harcamalarla ilgili olarak "Ayakta Tedavi Direkt Ödeme Anlaşması" gereği sigortalı adına "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarına" yapmak zorunda kaldığı ödemeler için de geçerlidir.

Sigorta Şirketi'nin herhangi bir nedenle poliçe teminatı kapsamında olmayan bir ödeme yapmış olması, sigortalı tarafından kazanılmış bir hak olarak değerlendirilemez.

6.2. YATIŞLI TEDAVİ ÖNCESİ ÖN ONAY ALINMASI

Sigortalı, sağlık kuruluşlarına yatırılması gereken acil haller dışında, işlemlerin kolaylaştırılmasını sağlamak amacıyla, sağlık kuruluşuna giriş yapmadan birkaç gün önce yatışlı tedavi görmesi gerektiğini sigortacıya bildirmelidir. Ayrıca, tazminat taleplerinin fatura tarihinden itibaren 10 gün içinde sigortacıya ulaştırılması işlemleri hızlandıracaktır.

6.3. SİGORTALININ DOKTORA MUAYENE ETTİRİLMESİ VE İNCELEME YAPILMASI

Sigortacı, bir tazminat talebinin işlem görmesi sırasında gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı belirleyeceği doktora muayene ettirme hakkına sahiptir. Sigortacı, gerek görmesi halinde, sigortalının sağlık giderlerini ödmeden önce ya da yatarak tedavisi söz konusu olduğunda, yatış onayı vermeden önce inceleme yaptırabilir. Ayrıca, poliçe düzenlenmeden önce ve sonrasında, sigortalının yazılı onayı alınarak, sigortalıyı tedavi eden tüm doktorlar, sağlık kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, kamu kuruluşları ve sigortacılık hizmetiyle ilişkili üçüncü şahıslardan ve sigortalının kendisinden sağlık özgeçmişi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını, e-nabız uygulamasındaki tıbbi kayıtlarını isteme hakkına da sahiptir. Anadolu Sigorta, sigortalılarının sağlık bilgileri ile ilgili her türlü detayı Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne ve sigortacılık hizmetiyle ilişkili üçüncü şahıslara aktarabilecektir.

6.4. UYGULANAN HATALI TEDAVİLER

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

7. UYGULAMALARA AİT ÖZEL ŞARTLAR

7.1. POLİÇELENDİRME

- a. Sigortalanma üst yaş sınırı 64'tür. 18 yaşından küçük kişiler ek prim ödenmesi koşulu ile tek başlarına sağlık sigortası kapsamında sigortalanabilirler.

Yeni doğan bebekler doğduktan 14 gün sonra poliçe kapsamına alınabilirler (Anadolu Sigorta Bebekleri hariç).

30 (dahil) yaşına kadar bekar çocuklar aile indiriminden yararlanarak aile poliçesinde bağımlı olarak sigortalanabilirler.

0-17 yaş (17 dahil) arasında, ebeveynleri olmadan sigortalanacak kardeşlerin poliçelerine aile indirimi uygulanacaktır. Tek başına çocuk ek primi uygulanmaya devam edecektir. Kardeşlerin her biri için ayrı bir poliçe düzenlenecektir.

Bir kişi Anadolu Sigorta'nın birden fazla bireysel sağlık sigortası poliçesi kapsamında yer alamaz.

- b. Çocuklu ailelerde çocuk veya çocuklar kapsama alınmadan, anne ve babanın birlikte sigorta yaptırma isteği kabul edilecektir. Ayrıca, anne ve baba ile birlikte çocuklar dahil ediliyorsa, 18 yaşından küçük tüm çocukların poliçeye dahil edilmesi gerekmektedir.

- c. Sigorta şirketi sigorta kapsamına almadan önce;

- 55 yaş ve üzerindeki sigortalı adaylarından,
- Boy-kilo endeksi (Boy-Kilo Endeksi=Kilo(kg)/ Boy² (m)) 35'in üzerinde olan sigortalı adaylarından,
- Yukarıda tanımlanan her iki kapsamda da olmamasına rağmen, mevcut sağlık durumunu gösterir son altı aya ait güncel rapor ve tetkik sonuçlarını Şirketimize gönderdiği halde Şirket doktorlarımız tarafından ek tetkik yaptırması gerekli görülen sigortalı adaylarından, sigorta kapsamına alınmadan önce gerekli tetkiklerin yaptırılması talep edilecektir.

Tetkiklerin yaptırılacağı sağlık kuruluşunu sigorta şirketi belirleyecek ve tetkiklerin giderleri sigorta şirketi tarafından sağlık kuruluşuna ödenecektir. Sigortalı adayının, sigorta kapsamına alınıp alınmayacağı veya hangi şartlarla alınacağı ön tetkik sonuçlarının incelenmesinden sonra sigorta şirketi tarafından belirlenecektir.

Yapılan tetkiklerin sonucunda sigortalı adayının bazı tetkiklerinin sonuçlarının normal değerlerin üstünde çıkması durumunda sigorta şirketi sigortalı adayının rahatsızlığının ciddiyetini anlamak için ekstra tetkikler yaptırılmasını isteyebilir. Bu tetkiklerin giderlerini de sigorta şirketi öder.

Yukarıda belirtilen durumlar dışında;

Sigortalı aday tarafından mevcut sağlık durumunu belgeleyecek son altı aya ait güncel raporların Şirketimize sunulmaması

sebebiyle Şirket doktorlarımız tarafından talep edilecek tetkik giderleri sigorta kapsamına alınsın ya da alınmasın sigortalı adayı tarafından karşılanacaktır.

Sigorta kapsamına alınmadan önce, Şirket doktorlarımız tarafından yapılan tıbbi risk değerlendirmesi sonucunda poliçesine kapsam dışı eklenen sigortalı adayımızın itiraz etmesi durumunda; bu hastalığa ilişkin bazı tetkiklerin yaptırılması talep edilebilir. Tetkik sonuçlarının yapılan tıbbi risk değerlendirmesini destekler nitelikte olması durumunda tetkik giderleri sigortalı adayı tarafından karşılanır.

Tetkik sonuçları ile sigortalının mevcut sağlık durumunda bir problem olmadığı belgelenmesi durumunda; tüm tetkik giderleri sigortalı adayı için düzenlenecek poliçedeki ilgili teminat limitleri ve ödeme oranları dahilinde karşılanır. Poliçede tetkik giderlerinin ödeneceği ilgili teminatların bulunmaması halinde ise tetkik giderleri sigortalı tarafından karşılanır.

- d. Poliçe başlangıç tarihinden sonra bağımlılarının sayısı artarsa, sigorta kapsamına dahil edilecek bağımlılar için yeni kabul formu doldurulması ve eğer bağımlı yeni doğan çocuksa yeni doğan çocuğun sağlık durumunu ayrıntılı olarak yansıtan doktor raporu ve eğer bağımlı eş ise evlilik cüzdanı gibi resmi belgelerin sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir. Sonradan bağımlı özelliği kazanan aile bireyleri, bağımlılık özelliğini kazandıkları tarihten itibaren en geç 30 gün içinde sağlık sigortası kapsamına alınmalıdır. Sigorta başlangıç tarihinden sonra poliçe kapsamına alınan bağımlıların ödeyecekleri prim, kazanılmış gün esasına göre hesaplanır.
- e. Sigortalının yaşı, poliçe düzenlendiği tarihten kişinin doğum tarihinin gün/ay/yıl olarak çıkarılmasıyla bulunur. Check-up, kontrol mamografisi, PSA ve kolonoskopi teminatlarının geçerli olması için de bu hesaplama dikkate alınır. Sigortalı, poliçenin düzenlendiği tarihte yaş kriterini sağlayamadığı için belirtilen teminatların poliçesine dahil edilmesine hak kazanamadıysa, poliçe süresi içinde yaş kriterini sağlasa dahi poliçenin bir sonraki yenileme dönemine kadar bu teminatları kullanma hakkı doğmaz.
- f. Şirketimizde bireysel sağlık sigortası kapsamında kesintisiz en az 4 sene sigortalı olan sigortalılarımıza, bireysel sigortalılıklarının 5. senesinden itibaren ilk teşhisi Şirketimizde bireysel olarak sigortalandıkları tarihten sonra konulan, doğuştan gelen hastalıklarına ait giderler poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Ödemenin yapılabilmesi için sigortalının, doğuştan gelen hastalığının ilk teşhisini koyan doktorundan, ilk teşhisi kendisinin koyduğunu belirten bir raporu temin ederek Şirketimize göndermesi zorunludur.
- g. "07.04.2016 tarih ve 29677 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Kişisel Verilerin Korunması Hakkındaki 6698 sayılı Kanun'un 6'ncı maddesi hükümleri gereği sigortalının başvuru formundaki "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamındaki Bilgilendirme Ve Beyanlar" bölümünü okuyup imzalaması gerekmektedir.

7.2. POLİÇENİN YÜRÜRLÜĞE GİRMESİ

Sağlık sigortası teminatı, sigortalı tarafından doldurulan kabul formunun sigortacı tarafından kabul edilip, risk değerlendirmesinin tamamlanmasından sonra poliçenin tanzim edilmesi ve primin tamamının veya belirlenen ilk taksitinin ödenmesi koşulu ile başlar. Poliçe başlangıç tarihi poliçenin tanzim edildiği tarihtir. Başvuru formunun doldurulması ile poliçenin tanzim edilmesi arasında geçen süre içinde gerçekleşecek sağlık giderleri poliçe kapsamı dışında kalacaktır.

7.3. SİGORTA SÖZLEŞME SÜRESİ

Sağlık sigortası sözleşme süresi 1 yıldır. Sigortalının, saat ayrımı olmaksızın poliçede yazılı olan başlangıç tarihinde yapmış olduğu sağlık giderleri teminat limiti, poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Ancak sigortalının, saat ayrımı olmaksızın poliçede yazılı olan bitiş tarihinde, yapmış olduğu sağlık giderleri poliçe kapsamında değildir.

Poliçenin teminatları, poliçede belirtilmiş olan başlangıç tarihinde saat 00:01 itibarıyla başlar, poliçede belirtilmiş olan bitiş tarihinde saat 00:01 itibarıyla sona erer. (Örneğin; Poliçenin teminatları, 01.01.2019 tarihinde saat 00:01 itibarıyla başlar, 01.01.2020 saat 00:01 itibarıyla sona erer.)

Sağlık sigortası poliçesinin yenileme olarak kabul edilebilmesi için, yeni poliçenin, bir önceki poliçenin vade bitimi tarihi itibarıyla yürürlüğe girmesi gerekmektedir. Süresi sona ermiş, ancak vadesinde yenilenmemiş poliçeler için hakların kaybı söz konusu olabilecektir. Poliçeler, bitimini takiben en geç 30 gün içinde yenilenmelidir.

Sigortanın sona erme tarihinden önce sigortacı tarafından kabul edilen yatarak tedavi teminatı, sözleşme süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, sadece on gün olmak üzere özel şartlarda belirtilen süreyi ve teminat limitini aşmamak kaydıyla devam eder. Bireysel poliçenin yenilenmesi durumunda ise, ilgili tedaviye ait giderler yeni poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları ile poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

7.4. PAKET DEĞİŞİKLİĞİ

Sigortalının poliçe yenileme dönemlerinde teminat yapıları ve limitleri farklı bir ürüne geçişi ya da ürünün geçerli olduğu networkü değiştirme talebi sigortacının bu durumu onaylaması koşuluna bağlıdır. Daha yüksek teminatlı bir ürüne geçiş taleplerinde, sigortacı yeni bir sağlık beyanı isteme hakkına sahiptir. Yenileme dönemlerinde düşük limitli doğum teminatı olan bir paketten daha yüksek limitli doğum teminatı olan bir pakete geçmek isteyen hamile sigortalıların talepleri kabul edilmeyecektir.

Poliçe başladıktan sonra ara dönemlerde gelen değişiklik talepleri kabul edilmeyecektir.

7.5. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ UYGULAMALARI

7.5.1. Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanma

03.01.2019 tarihinden önce sigortalanan kişiler için geçerlidir: Anadolu Sigorta, sağlık sigortası kapsamında, sigortalılıklarını Anadolu Sigorta'da 4 yıl kesintisiz olarak devam ettiren ve son 4 yıl, her bir yıl için poliçelerinde ödenen tazminatların primlere oranları %100'ün altında olan bireysel sigortalılara Ömür Boyu Yenileme Garantisi verecektir.

03.01.2019 tarihinden sonra sigortalanan kişiler için geçerlidir: Anadolu Sigorta, sağlık sigortası kapsamında, sigortalılıklarını Anadolu Sigorta'da 4 yıl kesintisiz olarak devam ettiren ve son 4 yıl, her bir yıl için poliçelerinde ödenen tazminatların primlere oranları %75'in altında olan bireysel sigortalılara Ömür Boyu Yenileme Garantisi verecektir.

4. yılın sonunda yapılan ilk değerlendirmede Ömür Boyu Yenileme Garantisi almaya hak kazanamayan sigortalılar, her yıl poliçe yenileme dönemlerinde son 4 yıllarındaki tazminat/prim oranlarına bakılmak suretiyle, tekrar Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesine alınacaklardır. Her yıl yapılan değerlendirmeler sonucunda 64 yaşına kadar Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanamayan sigortalıların ve Anadolu Sigorta'da ilk kez sağlık sigortası kapsamına 62, 63, 64 yaşında alınan sigortalıların poliçeleri, 65 yaşından itibaren normal prime ilave olarak % 30 yaş ek primi alınarak 75 (hariç) yaşına kadar yenilenecektir. 75 yaşından itibaren poliçenin yenilenip yenilenmeyeceğine, Şirketimiz tarafından yapılacak tıbbi risk değerlendirmesi sonucunda karar verilecek olup, poliçesinin devam etmesine onay verilen sigortalılardan alınacak yaş ek primi %50 olacaktır.

65 yaşına gelene kadar Ömür Boyu Yenileme Garantisi almaya hak kazanmış olan sigortalılara yaş ek primi uygulanmayacaktır. Bu kişilerin poliçelerinde herhangi bir üst yaş limiti olmayacaktır. Sigortalının yaşı, poliçe düzenlendiği tarihten kişinin doğum tarihinin gün/ay/yıl olarak çıkarılmasıyla bulunur.

18 (dahil) yaşına kadar olan çocukların Anadolu Sigorta'da sigorta kapsamına alınması durumunda, herhangi bir koşula bağlı olmaksızın sigorta başlangıç tarihi itibarıyla Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunmaktadır.

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.

7.5.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmanın avantajları

Sigortalıların, Anadolu Sigorta'da 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 Hasarsızlık İndirimi ve Ek Prim Tablosu'nda belirtilen ek prim oranları uygulanmayacak; hasarsızlık indirimleri uygulanacaktır.

Hasarsızlık indirimi oranları kişilere özeldir.

Bireysel sağlık sigortası kapsamında "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı olan bir sigortalının, kendi isteği dışında mevcut poliçesinde sahip olduğu teminat limitleri ve katılım payları ile ilgili aleyhine bir değişiklik yapılmayacaktır.

7.5.3. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı şartlarının değişmesi

Sigortalının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunduğu veya sigorta teminatlarının kötü niyetle kullanıldığı tespit edilmesi durumunda, Anadolu Sigorta 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 Garantisi verildikten sonra; değerlendirmenin yapıldığı yıl ve/veya önceki önceki poliçe dönemine ait, herhangi bir sebeple şirketimizce henüz tazmini yapılmamış bir sağlık giderinin geri ödemesinin yapılması durumunda; sigortalının hasar prim oranı Ömür Boyu Yenileme Garantisi alma kriterini bozacak şekilde değişirse verilen Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı geri alınır.

7.5.4. Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış olan sigortalıların askere gitmeleri durumu

Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış olan ve askere gitme nedeniyle poliçelerini iptal eden sigortalıların, askerlik görevlerini bitirdikten sonraki 1 ay içinde başvuruları ve askerlik durumlarını belgelemeleri koşuluyla sağlık beyan formu doldurmaları durumunda yenileme garantisi hakları devam eder. Ancak bu sigortalıların Anadolu Sigorta'da sigortalı olmadıkları süre içinde ortaya çıkan rahatsızlıkları yeni poliçelerinde kapsam dışı bırakılacaktır.

7.6. GEÇİŞ İŞLEMLERİ

Şirketimizde kurumsal sağlık sigortası kapsamında olup, işten ayrılma, emeklilik veya grubun Şirketimizle yaptığı sözleşmenin sona ermesi durumunda bireysel poliçe başvurusu yapan kişiler için;

Kurumsal poliçesinde ömür boyu yenileme garantisi almaya hak kazanamamış olan kişiler için;

- Tıbbi risk değerlendirmesi yapılır,

- Bireysel poliçenin başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar için muafiyet uygulanabilir veya bu hastalıklar için ek prim alınabilir,
- Doğum teminatı olan kurumsal bir poliçede bir yılını tamamlamış olsa dahi, bireysel poliçeye geçiş yaptığı zaman doğum ve doğum ile ilgili giderlerin karşılanması için 1 yıllık bekleme süresini doldurması gerekmektedir.
- Grup poliçesinde eklenmiş olan hastalık üst limitleri tekrar değerlendirilir, gerek görülmesi halinde hastalık üst limitleri değiştirilebilir.

Anadolu Sigorta'da grup sağlık sigortası kapsamında sigortalı iken grup poliçesi kapsamından çıkan kişiler en fazla 1 ay içinde bireysel sağlık sigortası yaptırmak için başvurmalıdırlar. Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunmayan kişilerin 1 ay içinde bireysel sağlık sigortası yaptırmaları durumunda, bireysel Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi sırasında, Anadolu Sigorta'daki kurumsal sigortalılık süreleri ve kurumsal sigortası kapsamındaki tazminat - prim oranları göz önünde bulundurulacaktır.

Kurumsal poliçesinde ömür boyu yenileme garantisi almaya hak kazanmış olan kişiler için;

- Grup poliçesindeki teminat limitleri ve geçerli network yapısına en yakın olan plana yönlendirilir.
- Sigortalının daha kapsamlı bir bireysel poliçeye geçiş talebine Şirketimiz tarafından yapılacak tıbbi risk değerlendirmesi sonucunda karar verilir.
- Grup poliçesinde eklenmiş olan hastalık üst limitleri tekrar değerlendirilir, gerek görülmesi halinde hastalık üst limitleri değiştirilebilir.

Sigortalı grup poliçesinde Ömür boyu yenileme garantisi almaya hak kazanmış olsun ya da olmasın, bazı ameliyatlar için geçerli olan 1 yıllık bekleme süresi kurumsal poliçede 1 yılını tamamlayan sigortalılar için uygulanmamaktadır.

7.6.1. Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerdeki uygulamalar

Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, 1 aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Anadolu Sigorta'ya bireysel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişiler;

- Anadolu Sigorta'daki sigorta başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan hastalıkları kapsam dışı bırakılarak ve/veya bu hastalıklar için ek prim alınarak sigortalanabileceklerdir.
- Uygun bulunması halinde, diğer sigorta şirketinde hak edilmiş olan hasarsızlık indirimi, geçiş bilgisi ve/veya yenileme teklifi ile belgelendirilip ispat edilmesi durumunda, Şirketimiz uygulamaları doğrultusunda, devir alınabilecektir. Belge üzerinde yazan indirim oranı kullanıma bağlı indirim/ek prim tablosunda hangi kademeye denk geliyorsa sigortalının poliçesi o kademedен başlatılacaktır. Verilecek maksimum indirim oranı %20'dir.
- Bazı ameliyatlar için geçerli olan 1 yıllık bekleme süreleri, diğer sigorta şirketinde 1 yılını tamamlayan ve poliçe bitim tarihinden itibaren 1 ay içinde Şirketimize başvuruda bulunan sigortalılar için uygulanmamaktadır.
- Doğum ve gebelik ile ilgili giderler için her koşulda 1 yıl bekleme süresi uygulanacaktır. Bu durum diğer sigorta şirketindeki yenileme garantisi hakkı devir alınan ya da alınmayan herkes için geçerlidir.
- İlk sigorta başlangıç tarihi olarak, Anadolu Sigorta'daki başlangıç tarihi esas alınacaktır.
- Bir önceki sigorta şirketinden yenileme garantisi bulunan kişilerin bu hakları, yapılacak risk değerlendirmesi sonucunda devir alınabilecektir.

03.01.2019 tarihinden önce sigortalanan kişiler için geçerlidir: Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, 1 aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Anadolu Sigorta'ya 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, Anadolu Sigorta'daki 2. yıllarının sonunda yapılacaktır. Bu sigortalılardan 2. senelerinin sonunda her bir yıl için poliçelerinde ödenen tazminatların primlere oranları %100'ün altında olma koşulunu sağlayanlara Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilecektir.

2. senelerinin sonunda Ömür Boyu Yenileme Garantisi almaya hak kazanamayan sigortalılar için bir sonraki Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmeleri yapılırken ilk kez Anadolu Sigorta'da poliçe yaptıran kişiler için geçerli olan kurallar uygulanacak olup; son 4 yıl, her bir yıl için poliçelerinde ödenen tazminatların primlere oranları %100'ün altında olan bireysel sigortalılara Ömür Boyu Yenileme Garantisi verecektir.

03.01.2019 tarihinden sonra sigortalanan kişiler için geçerlidir: Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, 1 aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Anadolu Sigorta'ya 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, Anadolu Sigorta'daki 2. yıllarının sonunda yapılacaktır. Bu sigortalılardan 2. senelerinin sonunda her bir yıl için poliçelerinde ödenen tazminatların primlere oranları %75'in altında olma koşulunu sağlayanlara Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilecektir.

2. senelerinin sonunda Ömür Boyu Yenileme Garantisi almaya hak kazanamayan sigortalılar için bir sonraki Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmeleri yapılırken ilk kez Anadolu Sigorta'da poliçe yaptıran kişiler için geçerli olan kurallar uygulanacak olup; son 4 yıl, her bir yıl için poliçelerinde ödenen tazminatların primlere oranları %75'in altında olan bireysel

sigortalılara Ömür Boyu Yenileme Garantisi verecektir.

7.7. POLİÇE ŞARTLARINDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASI

Sigortacı, Poliçe Özel Şartlarını ve Poliçenin Kapsamını değiştirmekte serbesttir. Ancak bu değişiklikler sigortalının sözleşmesinin yenilenme tarihinde ve poliçenin yenilenmesi durumunda yürürlüğe girer.

7.8. PRİMİN TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

Bireysel sağlık sigortası ürünlerine ait primler; yaş, cinsiyet, seçilen üründeki teminat limiti, teminat yapısı ve ödeme oranları, ürünün geçerli olduğu anlaşmalı sağlık kuruluşları (network), sigortalının ikamet ettiği il ve tedavi maliyetlerinin artış oranları çerçevesinde belirlenmektedir.

7.9. İNDİRİM VE EK PRİM UYGULAMALARI

Ödenen Tazminat/Alınan Net Prim Oranına bakılarak uygulanacak olan hasarsızlık indirim oranları ve ek prim oranları aşağıdaki tablolarda gösterilmektedir:

TABLO 1

YENİLENECEK POLİÇE KADEMESİ - STANDART SAĞLIK SİGORTASI, STANDART PLUS SAĞLIK SİGORTASI, ELİT SAĞLIK SİGORTASI, ELİT PLUS SAĞLIK SİGORTASI							
	YÜRÜRLÜKTEKİ POLİÇE T/P ORANI (%)	%0-%20 arasında	%21-%50 arasında	%51-%75 arasında	%76-%100 arasında	%101-%150 arasında	%150'den büyük
MEVCUT POLİÇE KADEMESİ	9 (-%30)	9	8	8	7	7	6
	8 (-%25)	9	8	8	7	6	5
	7 (-%20)	9	8	7	6	6	5
	6 (-%10)	8	7	7	6	5	4
	5 (Baz)	7	6	6	5	4	3
	4 (+%10)	6	5	5	4	3	2
	3 (+%20)	5	4	4	3	2	2
	2 (+%30)	4	3	3	2	2	2
	*1 (+%50)	3	3	2	2	2	1

TABLO 2

YENİLENECEK POLİÇE KADEMESİ - HESAPLI PLUS SAĞLIK SİGORTASI & HESAPLI MAKSİ SAĞLIK SİGORTASI							
	YÜRÜRLÜKTEKİ POLİÇE T/P ORANI (%)	%0-%20 arasında	%21-%50 arasında	%51-%75 arasında	%76-%100 arasında	%101-%150 arasında	%150'den büyük
MEVCUT POLİÇE KADEMESİ	7 (-%20)	7	6	6	5	5	4
	6 (-%10)	7	6	6	5	4	3
	5 (Baz)	7	6	5	4	4	3
	4 (+%10)	6	5	4	3	3	2
	3 (+%20)	5	4	3	3	2	2
	2 (+%30)	4	3	3	2	2	2
	*1 (+%50)	3	3	2	2	2	1

TABLO 3

		YENİLENECEK POLİÇE KADEMESİ - HESAPLI SAĞLIK SİGORTASI						
	YÜRÜRLÜKTEKİ POLİÇE T/P ORANI (%)	%0	%1-%20 arasında	%21-%50 arasında	%51-%75 arasında	%76-%100 arasında	%101-%150 arasında	%150'den büyük
MEVCUT POLİÇE KADEMESİ	7 (-%10)	7	6	6	5	5	4	4
	6 (-%5)	7	6	6	5	4	4	3
	5 (Baz)	7	6	5	5	4	4	3
	4 (+%10)	6	5	4	4	3	3	2
	3 (+%20)	6	5	4	3	3	2	2
	2 (+%30)	5	4	3	3	2	2	2
	*1 (+%50)	3	3	2	2	2	2	1

*%50 ek prim son iki sigortalılık döneminde de her bir yılın değerlendirmesinde t/p oranı %150'yi geçen sigortalılar için uygulanacaktır.

Tazminat/prim oranı hesaplanırken 0,5 ve üstündeki değerler bir üst sayıya tamamlanmakta, örneğin;0,5 ve üzeri 1; 20,5 ve üzeri 21; 40,5 ve üzeri 41; 60,5 ve üzeri 61 olarak kabul edilmektedir.

Hasarsızlık İndirimi ve ek primi uygulaması Standart, Standart Plus, Elit ve Elit Plus Sağlık Sigortası için 9, diğer ürünlerimiz için 7 kademededen oluşmaktadır. Anadolu Sigorta'da ilk kez poliçe yaptıran kişiler 5. kademededen başlatılmaktadır. Sigortalının yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile "Tazminat"/"Sağlık Net Primi" (T/P) oranı dikkate alınarak, yenileme poliçesinin kademesi belirlenir.

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

Yatışlı tedavilerini Sosyal Güvenlik Kurumu üzerinden yaptırdığı için Şirketimize tasarruf sağlayan sigortalılarımızın, tasarruf ettirdiği tutar bir sene sonra yenilenecek poliçesine uygulanacak tazminat ek priminden daha yüksek ise yenilenecek poliçelerine tazminat ek primi uygulanmayacaktır.

- Poliçe düzenlendikten sonra Ömür Boyu Yenileme Garantisi alana kadar önemli bir hastalığı ortaya çıkan sigortalıların bir sonraki sene yenilenen poliçelerinde, bu hastalıkları için hastalık ek primi alınabilmektedir. Poliçenin yenilediği her sene geçerli olacak ek prim oranı, her bir hastalık için %75'i aşmamaktadır.
- Belirtisinin/bulgusunun ve/veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlara ilişkin tüm giderler, yapılan risk değerlendirmesi sonucunda, uygun bulunması halinde, belirli oranlarda hastalık ek primi uygulanarak poliçe kapsamına dahil edilebilmektedir. Hastalık başına, baz primin en fazla %200'ü oranında hastalık ek primi uygulanabilecektir. İnisiyatif sigortacıya aittir.
- 0-17 (17 dahil) yaş aralığındaki çocuklar, bireysel sağlık sigortası kapsamında ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalanabileceklerdir. Bu durumda aşağıda belirtilen oranlarda ek prim uygulanarak poliçe düzenlenebilecektir;

YAŞ STANDART PRİM TUTARINA UYGULANACAK OLAN SÜRPRİM ORANLARI

0 % 100

1-3 % 50

4-6 % 30

7-17 % 10

0-17 yaş arasındaki çocuklardan yukarıda belirtilen ek primlerin alınmaması için ebeveynlerinden en az biriyle aynı planda sigortalanması zorunluluğu bulunmaktadır.

- İlişkili kurum/müşteri indirim; T. İş Bankası ve iştiraklerinde çalışan kişilere, eş, çocuk, ebeveyn ve kardeşlerine ve Şirketimiz tarafından özel anlaşma sağlanmış kurum ya da kuruluş mensuplarına tanınan bir indirimdir.
- Primleri aynı tüzel kişi tarafından karşılanan ve asgari 10 çalışanın sigorta kapsamına alındığı bireysel poliçelerde Şirketimiz tarafından belirlenen oranlarda indirim uygulanmaktadır. Bu indirim her bir poliçe için ayrı ayrı tanımlanmaktadır.
- Sigortalı poliçesine isteğe bağlı olarak eklediği teminatlar için Şirketimiz tarafından belirlenen ek primi ödeyecek olup, bu prim tutarına herhangi bir indirim ya da ek prim uygulanmayacaktır.

- ÖBYG sahibi sigortalılarımızın aktüeryal olarak hesaplayacağımız tarife baz primleri, poliçelerinin yenileme döneminde azami %75 oranında artacaktır. Azami artış oranı olan %75, enflasyon oranının %15'i geçmeyeceği varsayımıyla belirlenmiş olup, enflasyonun bu oranın üzerinde olması durumunda, aradaki fark %75'in üzerine eklenebilecektir.
- Sigortalının primi ikamet ettiği ile göre değişiklik göstermektedir.

7.10. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

7.10.1. Prim ödemeleri, prim ödemelerinin yapılmaması ve sigortalının talebi nedeniyle iptal

Sigorta priminin tamamının, taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılıp yapılmaz ve en geç poliçenin tesliminin karşılığında ödenmesi gerekir.

Aksi kararlaştırılmadıkça, prim veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz.

- Sigortalılar primlerini
- Kredi kart talimatı vererek,
- Türkiye İş Bankası Şubeleri aracılığıyla
- Türkiye İş Bankası interaktif işlemleri fatura ödeme talimatı ile
- Doğrudan Sigorta Şirketine ödeyebilirler.

Yukarıda sayılanlar dışındaki yerlere veya yukarıda sayılanlar dışında yöntemlerle yapılan ödemeler prim borcunu ortadan kaldırmaz.

Türk Ticaret Kanunu 1434.maddeye göre 1431. maddeye uygun olarak istenilen sigorta primini ödemeyen sigorta ettiren mütemerrit olur. İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağının, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur. İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır. Bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir.

Sigortalının yazılı olarak poliçesinin iptalini istemesi halinde;

- a. Sigortalının ödediği prim tutarı, gün esasına göre Sigortacının hak ettiği prim tutarından fazla ise Sigortacı aradaki farkı sigortalıya iade eder.
- b. Sigortalının ödediği prim tutarı gün esasına göre Sigortacının hak ettiği prim tutarından az ise sigortalı aradaki farkı sigortacıya öder.
- c. Sigortalıdan rücu edildiği halde ödenmeyen rücu bedelleri söz konusu ise, poliçe iptal edildiğinde prim iadesi tutarından rücu bedeli tutularak varsa kalan tutar sigortalıya iade edilir.

7.10.2. Beyan edilmeyen hastalıklar nedeniyle poliçenin iptali veya hastalıkların kapsam dışında bırakılması

- a. Bu poliçe, sigortalının kabul formunda verdiği tüm bilgilerin tam ve doğru olduğu kabul edilerek düzenlenmiştir. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacı sözleşmeyi yapmama veya iptal etme hakkına sahiptir.
- b. Poliçe kapsamında bulunan sigortalılardan herhangi birinin, poliçe genel şartlarına ve uygulama esaslarına ters düşen kasıtlı olarak yarar sağlama amacı güden bir girişimde bulunması durumunda, poliçe kapsamında bulunan tüm sigortalıların poliçesi derhal iptal edilecek ve alınan prim iade edilmeyecek ya da sigortalının varlığından haberdar olduğu halde sağlık beyanında belirtmediği, sigortacı tarafından sonradan tespit edilen hastalıkları poliçe kapsamı dışında bırakılarak poliçesi devam ettirilecektir.

7.10.3. Poliçenin otomatik olarak feshi

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

- a. Bir sigortalının poliçesi eksik ve yanlış beyan ya da kötü niyetli bir hareketi nedeniyle iptal edilirse aynı poliçe kapsamında bulunan diğer aile bireylerinin de poliçeleri aynı gün itibarıyla iptal edilecektir.
- b. Sözleşme sona ererse,
- c. Eğer bağımlı bağımlılık niteliğini yitirirse. (Sigortalının boşandığı eşinin poliçesi boşanma günü itibarı ile iptal edilir. Evlenen çocukların poliçeleri evlenme tarihleri itibarı ile iptal edilir. Otuz yaşını dolduran bekar çocuklar poliçe yenileme döneminde aile poliçesi kapsamından çıkartılırlar.)

Yukarıda belirtilen kişiler isterlerse 1 aydan fazla ara vermemek koşuluyla başka bir poliçe satın alarak sigortalılıklarını devam ettirebilirler.

7.10.4. Sigortalının vefatı

Sigortalının hastalığı veya yaralanması sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda; tedavisi için yapılmış olan giderler, poliçenin kapsamı ve teminatları dahilinde olmak kaydıyla, tazminat talebi için gereken belgeleri tamamlayan kanuni varislerine ödenir. Sigortacı, tazminatın ödendiği tarih itibarıyla bütün yükümlülüklerini yerine getirmiş olur. Poliçe fesih edilir ve gün esasına göre prim iadesi yapılır.

Aile poliçelerinde, fert statüsündeki birinci kişinin vefat etmesi durumunda; poliçe vefat tarihi itibarıyla iptal edilir. Talep edilmesi durumunda, diğer poliçenin bitiş tarihinden itibaren tüm hakları taşınarak bağımlılar için yeni bir poliçe düzenlenir.

8. SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

TEMİNAT KAPSAMI

Madde 1

İşbu sigorta, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder.

TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Madde 2

Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

- Harp ve harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- Cürüm işlemek veya cürüme teşebbüs,
- Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarma hali müstesna, sigortalının kendisini bilerek ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar,
- Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri
- Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

AKSİNE SÖZLEŞME YOKSA TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER

Madde 3

Aksine sözleşme yoksa aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır:

- Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.
2. maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler."

SİGORTANIN COĞRAFI SINIRI

Madde 4

Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

SİGORTANIN BAŞLANGICI VE SONU

Madde 5

Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyn 12:00'de başlar ve öğleyn saat 12:00'de sona erer.

SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME YAPILIRKEN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Madde 6

Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir.

Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlarından kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarda yapmasını gerektirecek hallerde,

- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez.
Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.
- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren 1 ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren/sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur.

Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğü

tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12:00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

- a. Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.
- b. Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:
 1. Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya
 2. Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut
 3. Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse,

Sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

SİGORTA SÜRESİ İÇİNDE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Madde 7

Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür.

Sigortacı, değişikliği öğrendiği tarihten itibaren, bu değişiklik, sözleşmeyi yapmamasına veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiriyorsa, 8 gün içinde;

1. Sözleşmeyi fesheder veya
2. Prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren istenen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur.

Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12:00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

Değişikliği öğrenen sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta sözleşmesinin aynen devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa, fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

PRİMİN ÖDENMESİ VE SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

Madde 8

Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit en geç poliçenin tesliminde ve kalan taksitler poliçede belirtilen tarihlerde ödenir.

Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmeden sigortacının sorumluluğu başlamaz.

İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağıının, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.

Bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir. Can sigortalarında indirime ilişkin hükümler saklıdır.

Prim ödeme zamanı, miktarı ve primin ödenmemesinin sonuçları, poliçenin ön yüzüne yazılır.

Sigorta ücretinin kambiyo senetlerine bağlanması borcun niteliğini değiştirmedeği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da hâle getirmez.

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Madde 9

A. Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

- I. Sigorta ettiren / sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.
- II. Sigorta ettiren/sigortalı söz konusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimlerden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

B. Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

Kaza veya hastalığı müteakip derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır.

Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkına haiz olup bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur.

Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır.

Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında belirtilen yükümlülükler;

- Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.
- Kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz.
- Gerekli belgelerin teslimi

Sigorta ettiren veya sigortalı kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını veya asıllarından şüpheyi davet etmeyecek suretlerini tedaviyi yapan hekim veya hastanece doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

MASRAFLARIN TESPİTİ

Madde 10

İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder.

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz:

- İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler
- Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hakimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tespit edilir.

- İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tespit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda, anlaşamadıkları sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir.

Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

- Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem bilirkişisini tayin etmez yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişileri üçüncü hakem bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf hakem hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.
- Her iki taraf üçüncü hakem-bilirkişisini bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.
- Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tespit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdiremez.

İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

- Hakem-bilirkişiler masraf miktarının tespiti bakımından gerekli göreceklere delilleri, kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.
- Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacı dava edilemez.

Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumundan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

- Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşamadıkça alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret

Kanunu'nun 1446.Maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.

h. Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler.

Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.

ı. Masraf miktarının tespiti teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

TAZMİNATIN SONUÇLARI VE SİGORTACININ HALEFİYET HAKKI

Madde 11

Sigortacı ödediği tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dahil tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir.

Sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacının açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur.

MÜŞTEREK SİGORTA

Madde 12

Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

SIRLARIN SAKLI TUTULMASI

Madde 13

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık Kanununun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir.

Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla talep edilen bilgi ve belgelerin ihtiyaç ile uyumlu olması ve doğrudan başının bulunması gerekmektedir.

Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez.

Sigortalı hakkındaki sirlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sirların saklı tutulmasından sorumludur.

TEBLİĞ VE İHBARLAR

Madde 14

Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri Sigorta Şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığı ile veya yazılı olarak yapılır.

Sigorta Şirketinin ihbar ve tebliğleri de sigorta ettirenin poliçede gösterilen adresine bu adreslerin değişmiş olması halinde ise Sigorta Şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye bildirilen son adresine aynı suretle yapılır.

YETKİLİ MAHKEME

Madde 15

Bu poliçeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle Sigorta Şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu veya hasarın ortaya çıktığı sigorta şirketi tarafından açılacak davalarda ise, davalının ikametgahının bulunduğu yerin ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemesidir.

ZAMAN AŞIMI

Madde 16

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

ÖZEL ŞARTLAR

Madde 17

Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klozlara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.