

AKSİGORTA TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta ile, AkSigorta A.Ş. (bundan sonra "Sigortacı" olarak anılacaktır), Sigortalı'nın sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarına ait sigorta süresi içinde gerçekleşen, GSS kapsamına alınan sağlık giderlerini;

- Anlaşmalı Kurum ile Sigortacı arasında yapılan anlaşmaya göre, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinde kalan tutarlarını,
- Otelcilik ücreti gibi Sigortalı'dan alınabilecek tutarları ve işbu Özel Şartlar ile sınırlı olmak koşulu ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedellerini

İşbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe ekinde yer alan teminat tablosu doğrultusunda güvence altına almaktadır.

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

2. TANIMLAR

Anlaşmalı Sağlık Kurumları:

Sigortacı ile Sağlık Kurumu (GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan) arasında yapılan anlaşmalı kurum sözleşmesi kapsamında ve Sigortacı tarafından sigorta sözleşmesi ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş olan sağlık kurumlarını, Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmalı kurum sözleşme şartlarını kabul ederek, anlaşmalı sağlık kurumunun faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren, aynı zamanda SGK ve Sigortacı ile de anlaşması olan Kadrolu Doktorları kapsamaktadır.

Anlaşmasız Sağlık Kurumları Ve Doktor:

Sigortacı ile arasında bir anlaşmalı kurum sözleşmesi bulunmayan, SGK ile anlaşması olup Sigortacı ile anlaşması olmayan sağlık kurumlarını, Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmalı kurum sözleşme şartlarını kabul etmeyen ve kendi faturasını düzenleyen doktorları ifade eder.

Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı/Network:

Sigortalı tarafından tercih edilen poliçede Sigortacının yer verilmesine uygun gördüğü anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

Azami İyi Niyet Prensibi:

Sigortacı bu sigorta sözleşmesini ve sözleşme şartlarını Sigorta Ettiren'in beyanına dayalı olarak oluşturmaktadır. Bu nedenle Sigorta Ettiren, başvuru ve beyan formu ile bunu tamamlayıcı belgelerde doğru bilgi vermek/ beyanda bulunmak ve sigorta sözleşmesinin konusunu teşkil eden, sigorta sözleşmesi talebinin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları beyan etmekle yükümlüdür.

Sonuç olarak azami iyi niyet; sorulmuş olsa da olmasa da Sigorta Ettiren'in, sigorta sözleşmesinden yararlanacak tüm Sigortalıların, geçmiş ve mevcut hastalıkları ve sağlık durumu ile ilgili tüm bilgileri tam ve yanılmaya mahal vermeyecek şekilde, gönüllü olarak Sigortacı'ya bildirmesidir.

Bireysel (Ferdî) Sağlık Sigortası:

Bireyin tek başına veya eş ve çocuklarından oluşan ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

Deneysel veya Araştırma Amaçlı İşlem:

Hastalığın tanı ve tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli ve yabancı otoriteler (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), tıp fakülteleri, ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı, uzmanlık dernekleri vb.) tarafından kabul görmüş olmayan, tıbbi cemiyet veya otoritelerin yapılacak işlemin deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem için bir başka kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen veya herhangi bir rahatsızlık olmadan araştırma, kontrol (check-up) amacıyla uygulandığına Sigortacı tarafından karar verilen tetkik ve tedavilerdir.

Doğuştan Gelen Hastalık (Konjenital Hastalık):

Belirtileri ileri yaşta ortaya çıksa ve tanısı ileri yaşta konulsa dahi, kromozom anomalileri, genetik bozukluklar, yapısal kusurlar ile prenatal (gebelik öncesi), perinatal (gebelik sırasında) ve doğum eylemi esnasında ortaya çıkabilen fiziksel, metabolik, genetik ve kimyasal nedenlere bağlı oluşan her türlü sakatlık, motor ve mental gelişim bozuklukları, metabolik ve genetik tüm hastalıklar, yapısal anomaliler ve kusurlardır.

Doktor:

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

Grup (Kurumsal) Sağlık Sigortası:

Sigorta Ettiren tüzel kişilik ile, bordro, öğrencilik, üyelik gibi ilişkisi olan kişiler ile eş ve çocuklarının aynı poliçe kapsamında sigortalandığı sağlık sigortası türüdür.

Genel Şartlar:

Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu tarafından belirlenen Sağlık Sigortası Genel Esasları'dır. Genel Şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır.

İlk Sigortalanma Tarihi:

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

İstisna:

Sigorta sözleşmesinin kapsamı dışında bırakılan durumlardır.

Kadrolu Doktor:

İlgili il Sağlık Müdürlüğü'ne Sağlık Kurumu tarafından bildirilen ve Sağlık Kurumu'nun tam zamanlı çalışanı durumunda bulunan Doktorları ifade eder.

Kabul Edilebilir Sağlık Gideri:

Police Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak, sağlık gideri olarak gönderilen toplam fatura tutarından varsa kapsam dışı giderler çıkarıldıktan sonra, onaylanan toplam tutardır. Onaylanan toplam tutara, varsa sigortalı katılım payı ve muafiyet tutarı da dâhildir.

SGK Katılım Payı:

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda öngörülen ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutarı ifade eder.

Kaza:

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

Kazanılmış Haklar:

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

Limit:

Sigortacı'nın teminat kapsamında bulunan ve işbu özel şartlara göre ödemeyi üstlendiği

maksimum, kabul edilebilir sağlık giderini ifade eder.

Önceden Mevcut Hastalık:

Bu sigorta sözleşmesinin yapılması için sağlık beyan ve başvuru formunda sorulmuş olmasına rağmen veya sorulmasa dahi Sigortacı'ya beyan edilmeyen, belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlardır.

Muafiyet:

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği teminat kapsamında değerlendirilen sağlık giderlerinden Sigortalı'nın üstleneceği kısmı ifade eder. Muafiyet bilgisi, sigorta sözleşmesi ekinde verilen teminat tablosunda belirtilir.

Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) Hasta Bilgi Formu:

Sağlık Kurumlarından hizmet alınması durumunda Doktor tarafından doldurulması gereken formdur. İlgili form, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda mevcut olup, anlaşmasız sağlık kurumları için www.aksigorta.com.tr adresinden ulaşılabilir.

Poliçe:

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı ve Sigortacı'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve yükümlülüklerini gösteren bir ispat vasıtasıdır.

Provizyon:

Sigortalı'nın tedavisiyle ilgili Anlaşmalı Sağlık Kurumu tarafından Sigortacı'nın 7/24 provizyon merkezinden istenen ön onayı ifade etmektedir.

Provizyon Ön Onayı:

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında yapılacak sağlık giderleri için; - Teminat tablosunda belirtilen limit, katılım payı ve muafiyet doğrultusunda, - Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme kapsamında, doğrudan Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağını gösteren ön onayı ifade etmektedir. 4/23 Sigortacı'nın ödemeye ilişkin Provizyon Ön Onayı vermiş olması, sonradan tespit edilen beyan eksikliği nedeniyle Sigortacı'nın haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

Provizyon Şartlı Onayı:

Sonuçlanan Provizyon Ön Onayı son onay olmakla birlikte, Sigortacı onay konusu teşhis ve tedavi işleminin yapılması sırasında/sonrasında buna ilişkin sağlık giderlerini yeniden değerlendirebilir. Sigortacı, tıbbi kayıtlar üzerinden ek değerlendirme yaparak gerek teminat gerekse ödeme bakımından farklı bir şekilde karar verebilir. Sigortacı'nın mevcut hastalık/rahatsızlıklara ait

giderleri, sigortalı lehine işlem kolaylığı sağlamak için provizyon aşamasında kabul etmiş olması, teminat ve tazminat olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. Yapılacak değerlendirme sonucunda ön onaya konu işlem ve sağlık giderinin teminat kapsamı dışında olduğuna karar verilerek, nihai onay verilmezse, tedavi giderleri Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından karşılanır.

Provizyon Rakam Onayı:

Provizyon Ön Onayı verilen sağlık giderlerinin değerlendirilmesi sonucunda ödeme kararı verilmesi halinde, nihai karar doğrultusunda Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağını gösteren onayını ifade etmektedir.

Referans Doktor:

İşbu sözleşme kapsamında değerlendirilecek sağlık giderlerinin tıbbi gerekliliğine dair uzman görüşü alınan ve Sigortacı tarafından belirlenen anlaşmalı Doktordur.

Risk Değerlendirme Birimi:

Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın beyanlarını ve/veya sağlık bilgilerini değerlendirerek, hangi şart ve koşullarda sigorta sözleşmesinin kurulacağına ya da sigorta sözleşmesinin kurulmamasına karar veren birimdir.

Sağlık Gideri:

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları'na göre teminat kapsamında olduğu tespit edilen, sigorta süresi içerisinde gerçekleşen, Sigortacı'nın Tıbbi Gereklilik koşuluna uygun olan, Doktor tarafından yazılı olarak planlanan tetkik ve/veya tedavi işlemlerine ait giderleri ifade eder.

Sağlık Hizmet Tarifesi:

Sağlık hizmeti veren kurumlarda, tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) vb.)

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT):

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

Sağlık Kurumu:

Sağlık Bakanlığı'nca yasal mevzuata uygun olarak çalışma ruhsatı ile faaliyet gösteren, tıbbi bakım ve tedavi hizmeti veren hastane, klinik, poliklinik, muayenehane, teşhis ve tedavi merkezlerini ifade

eder.

"Sağlık Kurumu" deyimi; otel, huzurevi, bakımevi, nekahethane, yetimhane ve darülacezeleri, esas olarak uyuşturucu bağımlıları ile alkoliklerin tecrit ve tedavisi için kullanılan yerleri, sanatoryumları, kaplıcaları, sağlık hidrolarını, zayıflama merkezlerini içermez.

Sigortacı:

Bu sigorta sözleşmesinin tanzim edildiği ülkede tescil edilmiş ve işletme ruhsatı almış sigorta şirkettir.

Sigorta Ettiren:

Sigorta Ettiren, sigorta sözleşmesini yapan ve prim ödemek dahil sigorta sözleşmesinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirme sorumluluğunu taşıyan kişidir.

Sigortalı/ Sigortalılar

Sigortalı / Sigortalılar, Poliçede ismi/ isimleri belirtilen ve sigorta sözleşmesi ile menfaatleri teminat altına alınan ve sağlık giderlerini talep hakkı bulunan kişilerdir.

Tarife Primi:

Bilimsel kabul görmüş ya da şirketin tecrübe edilen aktüeryal metodolojileri baz alınarak geçmişin, bugünün ve geleceğin frekans, şiddet ve benzeri etkileri gözetilerek hesaplanan baz primdir.

Tazminat:

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği teminat kapsamında değerlendirilen sağlık giderlerinin, ilgili Poliçe döneminde yer alan teminat, limit, Muafiyet ve Katılım Payı dikkate alınarak ödenen tutarıdır.

Teminat:

Sigortacı'nın Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği, sigorta süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri için Sigortalı'ya verdiği güvencedir.

Tıbbi Gereklilik:

Tetkik ve tedavi işlemlerinin bir hastalığın ve/veya rahatsızlığın tedavisi için gerekli ve etkili olması durumudur. Tetkik veya tedavinin bir Doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına Tıbbi Gereklilik koşulunun bulunduğu şekilde yorumlanamaz. Uyuşmazlık durumlarında Tıbbi Gereklilik, Sigortacı'nın Referans Doktoru tarafından belirlenmektedir.

Genel Sağlık Sigortası (GSS)

31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98. maddesine dayanılarak hazırlanan ve bu kanunun 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

Endikasyon Dışı İşlemler:

Sigortalı'nın sağlığını tehlikeye sokmaksızın hastaneye yatırılmadan da yürütülebileceği, tarafsız bir hekim tarafından da kabul edilen, tedavi, inceleme ve işlemlerin hastaneye yatırılarak yapılması ve/veya hastanın mevcut tablosu ile uyumlu olmayan ve endikasyonu bulunmayan teşhis ve tedavi işlemlerinin yapılmasıdır.

Triyaj Uygulaması:

Hasta ve yaralıların acil serviste görülme zaman ve sırasının, müdahale ile muayene aciliyetinin ve niteliklerinin belirlendiği kısa bir klinik değerlendirme işlemidir. Triajda hastanın klinik durumunu ve tedavi önceliğini belirtmekte kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

- **Kırmızı Alan**
En yüksek öncelik sırasına sahiptir. Tedavi edilebilir, hayatı tehdit eden yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer. Bu nitelikteki hastalara zaman kaybetmeden acil müdahale gerekir.
- **Sarı Alan**
Zaman geçirilmeden müdahale ve muayenelerinin yapılması gereken, ciddi fakat hayatı tehdit etmeyen yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer.
- **Yeşil Alan**
En düşük önceliğe sahiptir. Acil müdahale gereksinimi olmayıp; bekleyebilecek, muayene ve tedavileri poliklinik şartlarında da yapılabilecek kişiler bu gruba girer.

Teminat Dışı Kalan Kurumlar:

Sigortalı'nın sağlık giderlerinin teminatları gereği kapsam dahilinde olmasına rağmen, geri ödeme alamayacağı kurum ve/veya hekimleri ifade eder. Yanlış Sigorta uygulamalarından, gereksiz tetkik ve tedavi ile Sigorta suistimali yaptığı tespit edilen bu kurum ve/veya hekimlerde yapılan işlemler poliçe kapsamı dışındadır. Teminat dışı kalan kurumların güncel listesine www.aksigorta.com.tr adresi üzerinden ulaşılabilir.

3. TEMİNATLAR

Aşağıda yer alan teminat grubu veya teminatlardan birisi veya bir kısmı veya tamamı, Poliçe ve teminat tablosu üzerinde açıkça yazılması ve priminin ödenmesi karşılığında GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki hüküm ve şartlar

çerçevesinde verilir.

3.1. Yatarak Tedavi Teminat Grubu

Bu teminat grubu ile, Sigortalı'nın, ameliyat ve hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış tarihleri arasındaki doktor, ameliyathane, oda yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır), tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığın komplikasyonlarının tedavisi için tıbbi gerekliliği bulunan tıbbi hizmetlere ait giderleri ile yoğun bakım giderleri işbu Özel Şartlar'da tanımlı Teminat Uygulama Usul ve Esasları uyarınca karşılanır. Yatarak Tedavi Teminat Grubu aşağıdaki teminatları içermektedir. Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan'a giren vakalara ait giderler de bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir.

- Cerrahi Yatış
- Dahili Yatış
- Küçük Müdahale
- Evde Tıbbi Bakım
- Suni Uzuv
- Ambulans
- Yardımcı Tıbbi Malzemeler

Tetkik amaçlı yatışlar, yatarak tedavi teminatı kapsamı dışındadır.

Sigorta süresinin sona ermesi ve poliçenin yenilenmemesi durumunda, sona erme tarihinden önce Sigortacı'ya bildirilen ve Sigortacı tarafından kabul edilen hastalık ve/veya rahatsızlıklar için, aşağıdaki şartlar altında teminat devam eder. Sağlık kurumunda yatışın sigorta süresi sonrasında da devam etmesi durumunda, teminat tablosu ve işbu Özel Şartlar'a tabi olmak şartıyla Hastanede yatarak tedavi gören sigortalı için işbu teminat, anılan yatış ve ilişkin olduğu hastalık ve/veya rahatsızlığın tedavisinin sonuna kadar devam eder. Ancak bu süre, hiçbir şekilde poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

3.1.1. Cerrahi Yatış Teminatı

Cerrahi ve ortopedik müdahalelere ilişkin sağlık giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Tedavinin ameliyat gerektirmesi durumunda; Ameliyat öncesi anestezi doktorunun istemiş olduğu rutin pre-op tetkikler, ameliyathane kirası, operatör, anestezi uzmanı ve asistan doktor ücretleri, oda, yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır) giderleri, anestezi ilaç ve sarf malzemelerine ilişkin giderler, teminat tablosunda belirtilen limitler ile işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları dahilinde bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigortalıların, acil tıbbi durumlar haricinde planlanmış ameliyatları için ameliyatı yapacak olan doktor tarafından doldurulacak Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu'nu, 48 saat öncesinden Sigortacı'ya göndermesi gerekmektedir.

Teminat kapsamına giren ve girmeyen ameliyatların bir arada yapılması durumunda, işbu teminat

kapsamına girmeyen ameliyat veya ameliyatlara ilgili sağlık giderleri karşılanmaz.

3.1.2. Dahili Yatış Teminatı

Ameliyat gerektirmeyen ve tedavinin sağlık kurumunda en az 24 saat yatış (normal oda ya da yoğun bakım) gerektirmesi durumunda ilgili tüm sağlık giderleri, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.1.3. Küçük Müdahale Teminatı

Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler; sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan ve SUT kapsamında günübirlik tedaviler kategorisinde aşağıda belirtilen işlemlerdir.

- a) Kemoterapi tedavisi,
- b) Radyoterapi tedavisi,
- c) Genel anestezi, bölgesel/lokal anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler,
- d) Hemodiyaliz tedavileri,
- e) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" eki "Tıp Merkezlerinde Gerçekleştirilebilecek Cerrahi Müdahaleler Listesi"nde yer alan işlemler,

3.1.4. Evde Tıbbi Bakım

Sigortalının sağlık kurumlarındaki yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için Sigortalı'nın sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde veya Sigortacı'nın onay vermesi halinde bir tıbbi bakım merkezinde, sadece tıp eğitimi görmüş personel (doktor, sağlık memuru, hemşire gibi) tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin sağlık giderleri ve tıbbi malzeme giderlerini kapsar. Evde Bakım giderleri, sigorta süresi içinde en fazla 56 güne kadar ödenir.

Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için, Sigortalı'yı tedavi eden doktor tarafından yazılan ve Sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir tıp eğitimi görmüş personel eşliğinde Sigortalı'nın sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde sürdürülmesi gerektiğini belirten bir raporla Sigortacı'ya bildirilmesi, hizmetin hastaneye yatış nedeniyle ilgili tedavinin devamını oluşturması, bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin evde bakım gerçekleşmeden önce Sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

Bu teminat sadece anlaşmalı kurumlarda geçerlidir.

Sigortalının günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, yatağa bağımlı olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, ağız yoluyla ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor olması, üriner kateter bulunması, evde yalnız yaşıyor olması ve sosyal desteğe gereksinimi olması gibi nedenlerle alınan Evde Bakım Hizmetleri bu teminat kapsamına girmez.

3.1.5. Suni Uzuv

Sigorta süresi içerisinde meydana gelen hastalık ya da kaza sonucu fonksiyon kaybına uğramış organın fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amacı taşımayan kalp pili, insulin pompası, el, kol, bacak ve meme kanseri operasyonu sonrası takılan meme protezi olmak üzere protez giderleri gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi koşulu ile protez gideri ve protezin takılmasıyla ilgili ameliyat giderleri, poliçe ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.1.6. Ambulans

Sigortalının hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna nakli için AkSigorta Müşteri Hizmetleri'ni araması koşulu ile bu hizmetin verilebildiği bölgelerde Ambulans teminatından yararlanır.

Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, Sigortacı' ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve Sigortacı'nın onayı ile hasarın gerçekleştiği ülke sınırları dahilinde hava veya deniz ambulans hizmeti Sigortacı tarafından verilir.

3.1.7. Yardımcı Tıbbi Malzeme

Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbasından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler ile hastanede yatarak gerçekleşen veya evde bakım sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen "Tıbbi Malzeme" teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Ayakta Tedavi ve Doğum teminatları kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak poliçede ilgili teminatlar varsa bu teminat kapsamında karşılanır.

GSS kapsamında karşılanmayan hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenerek Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

GSS kullanılarak yapılan muayene sonrası tıbbi malzeme reçetelendirilir ise kapsam dahilindeki tıbbi malzemeler için teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde ödeme yapılır.

3.2. Ayakta Tedavi Teminat Grubu

Bu teminat grubu ile, tanı işlemleri, teşhis ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, sağlık kurumlarında yapılan işlemleri kapsar. Ayakta Tedavi Teminat Grubu aşağıdaki teminatları içermektedir.

- Tamamlayıcı Ayakta
- Fizik Tedavi

3.2.1. Tamamlayıcı Ayakta Tedavi

Sağlık kurumlarında yatış gerçekleşmeden sağlanan doktor muayene, röntgen, laboratuvar tetkikleri ve ileri tanı yöntemlerine ait giderler, poliçede tercih edilmeleri kaydıyla, bu teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışındadır. Triyaj uygulamasında Yeşil ve Sarı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.2.2. Fizik Tedavi Teminatı

Teminat kapsamındaki bir hastalığın tedavisi için tıbben gerekli görülen fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, tedavinin ayakta ya da yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek, tedavi öncesi Sigortacı tarafından onaylanması koşulu ile teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı dahilinde bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge bir (1) seans olarak değerlendirilir.

Fizik tedavinin sağlık kurumunda yatarak yapılması halinde, fizik tedavi giderleri dışında faturalandırılan oda, yemek, refakatçi, doktor takibi vb. giderler ödenmez.

3.3. Annelik Tedavi Teminatı

Annelik Doğum ve Annelik Rutin Kontrol teminatı poliçede yer alan kendisi veya eşi konumundaki 18 yaş üzeri kadın sigortalılar için geçerlidir.

3.3.1. Doğum Teminatı

Doğumun sonlandırılması işlemi için yapılan normal doğum veya sezaryen işlemlerine ait doktor ve hastane giderleri ile hamilelik döneminde tıbbi gereklilik halinde amniyosentez işlemi, hamilelik, tıbbi gereklilik halinde küretaj, doğum ve sezaryen komplikasyonlarına bağlı yatışlar bu teminat kapsamında, poliçede belirtilmiş olan teminat limitleri doğrultusunda karşılanmaktadır.

3.3.2. Rutin Kontroller

Hamileliği ilgilendiren her türlü kontrol muayene ve rutin tetkikler hamilelik rutin kontrol teminatı kapsamında, teminat tablosunda belirtilen oran ve limitler dahilinde ödenir.

3.4 EK TEMİNATLAR

3.4.1. CHECK UP

Ürüne özel belirlenmiş Check-Up Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında yaptırılması koşulu ve teminat tablosunda belirtilen içerik dahilindeki check-up giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

4. BEKLEME SÜRESİ

İlk sigortalanma tarihinden sonra ortaya çıkan ve yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler ile ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler, ilk sigortalanma tarihinden başlamak üzere 3 aylık bekleme süresi boyunca teminat kapsamı dışındadır. Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dahil edilmesinden itibaren en az 12 ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Doğum teminatı kapsamındaki tüm giderler bu teminatın bir önceki yıl da seçilmesi kaydıyla geçerli olup, teminata ilişkin giderler, seçildiği ilk yıl kapsam dışındadır.

Yenileme döneminde; doğum teminatına ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlar.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler için bekleme süresi uygulanmayacaktır.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilen teminat dışı hallerle birlikte, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak her türlü sağlık gideri de teminat kapsamı dışındadır.

- 5.1. Sigortalının sigortacıya sigortalanırken bildirilmiş olsa dahi poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıklar ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, metastazları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüks ve komplikasyonları (insizyonel herni, adezyolizis, nüksler, implantların çıkartılması vb. giderleri) ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklar
- 5.2. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformiteler ile ilgili tetkik, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,
- 5.3. Skolyoz, Kifoza vb. her türlü omurga eğrilikleri Halluks Valgus ile ilgili tetkik ve tedaviler,
- 5.4. HIV virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm giderler, AIDS ve komplikasyonları,
- 5.5. Her tür nedenle sünnet,
- 5.6. Penil protez, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili muayene, tetkik ve tedavi giderleri, cinsiyet değiştirme
- 5.7. Düşük nedenlerinin araştırılması, infertilite (kısırlık) teşhis ve tedavisi (ovülasyon takibi, infertilite amaçlı yapıldığı belirlenen HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait (ilaç dahil) giderler
- 5.8. Demansiyel sendromlar (alzheimer hastalığı ve bunamalar), psikiyatrik, geriatric hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve

danışmanlık hizmetleri ile ilgili tüm giderler, psikiyatrik ilaçlar vb. tetkikler, her ne nedenle yapılırsa yapılsın ses ve konuşma terapileri,

- 5.9. Kozmetik amaçlı yapılan her türlü tedavi, obezite ve metabolik sendrom ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri, hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili giderler,
- 5.10. Organ ve kan naklinde verici giderleri, organ ücreti ve organın ulaştırılması masrafları,
- 5.11. Şaşılık, görme tembelliği ve gözde kırma kusuru,
- 5.12. Kaza sonucu veya yanma sonucu olmadığı takdirde estetik ve rekonstrüktif cerrahi, jinekomasti tetkik ve tedavileri, meme küçültme ve büyütme ameliyatları,
- 5.13. Genetik hastalıklar, genetik kusurlar ve genetik incelemeler,
- 5.14. Alerji aşılı ve alerjik hastalıkların klasifikasyon testleri,
- 5.15. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı veya ruhsatsız her türlü farmasötik ürünler (ilaç) ve her türlü aşı ile bunların uygulanmasına ilişkin her türlü gider,
- 5.16. Horlama ve uyku apne sendromu, septum deviasyonu, konka hipertrofisi, nazal valv hastalıklarına ait tüm giderler,
- 5.17. Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner CT Anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi), sanal anjiyo, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
- 5.18. Kordon kanı ve kök hücre alınması, nakli ve işlenmesi ile ilgili tüm giderler,
- 5.19. Tıbbi ve yardımcı tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli (robotik cerrahi için robot kullanımı-kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler,
- 5.20. Doktor ve Sağlık Kurumu tanımına uymayan kişi ve/veya kurumlar tarafından düzenlenen her türlü fatura ile kaplıca kürleri, çamur banyoları, şifa kürleri, masaj, jimnastik salonları ve zayıflama merkezleriyle ilgili giderler, çocuk bakımı, çocuk maması, bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili tüketim malzemeleri, alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan (tedavi amaçlı kullanılan medikal şampuanlar hariç), saç solüsyonu, diş macunu, tatlandırıcı, kozmetik ürünler,
- 5.21. Telefon, hasta ve refakatçi yemekleri haricindeki yiyecekler ve benzeri tüm ekstra harcamalar, süit oda farkı, Sigortacı tarafından onaylanmış Evde Bakım Teminatı dışındaki özel hemşire masrafları,
- 5.22. Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve hastalıklar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen Sigortalı'nın hastalık, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,
- 5.23. Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen işlemlerde, Poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilmiş limit üzerinde kalan tutar,
- 5.24. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur ve PRP (Platelet Rich Plasma -Trombositten Zengin Plazma) gibi alternatif tıp uygulamaları ve her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,
- 5.25. Hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol ve tarama amaçlı yapılan işlemler,
- 5.26. İşbu Özel Şartlar'da tanımlanmış olsun veya olmasın, teminat tablosunda yer almayan herhangi bir teminat kapsamına giren sağlık giderleri veya işlemler,
- 5.27. Lisanslı ve profesyonel yapılan her türlü spor sonucu meydana gelecek sakatlanma ve yaralanmalar,
- 5.28. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama

sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motosiklet ve otomobil sporları gibi) ile ilgili her türlü gider,

- 5.29. Sigortalı'nın, ehliyetsiz araç kullanımı sonucu olan kazalarının gerektirdiği tedavi masrafları,
- 5.30. Sigortalının hastalık ve/veya rahatsızlık sonucu çalışmaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,
- 5.31. Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası,
- 5.32. Sigortacı tarafından teminat kapsamında değerlendirilerek kabul edilen ambulans hariç her türlü ulaşım gideri.
- 5.33. GSS hak sahipliği aktif olmayan sigortalılara ait tüm giderler
- 5.34. Sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları SGK Katılım Payı
- 5.35. SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında, SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında, SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü giderler,
- 5.36. Prematürite ve Düşük Doğum Ağırlığı ile ilgili sağlık giderleri,
- 5.37. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina
- 5.38. Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) yer almayan işlemler.
- 5.39. Uzaktan Sağlık Hizmeti (Teletıp, online verilen hizmetler) kapsamında Sigortacı tarafından bu hizmetler için belirlenen kurumlar dışında gerçekleşen giderler.
- 5.40. Anlaşmasız Kurumlarda gerçekleşen, "Sağlık Uygulama Tebliği, Genel Sağlık Sigortası'nda 'ilave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri'" maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri
- 5.41. Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen rutin kontrol, teşhis yöntemleri ve tetkikler.
- 5.42. AKSİGORTA A.Ş.'ye ait www.aksigorta.com.tr adresli web sayfasında "Online İşlemler" adımı altında bulunan 'Teminat Dışı Kalan Kurumlar Listesi' 'nde yer alan kurumlara ve doktorlara ait her türlü gider.

Sigortacı, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu "Teminat Dışı Kalan Haller"de düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılabilecek olan değişiklikler, poliçede bulunan, Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

5. COĞRAFI KAPSAM

Bu sigorta sözleşmesi, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.) yurtdışı olarak değerlendirilecektir.

6. SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMA ESASLARI

7.1. Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ve Network

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ait güncel listeye, Sigortacı'nın internet sitesi olan www.aksigorta.com.tr adresinden ulaşılabilir. Sigortacı, sigorta süresi içinde, önceden herhangi bir bildirimde bulunmaksızın Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda ve networkte değişiklik yapabilir. www.aksigorta.com.tr adresinden ulaşılacak Anlaşmalı Sağlık Kurumları'na ait liste ve bilgiler

bilgilendirme amaçlı olup, hizmet alınmadan önce mutlaka Sigortacı'dan provizyon alınması, gerekmektedir.

Seçilen Sağlık Kurumu'nun, Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesinde yer alması, bu kurumun hizmetlerinin Sigortacı tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçlarına dair, Sigortacı hiçbir şekilde garanti vermemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş Sağlık Kurumu'nun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen Sağlık Kurumu sorumlu olup; Sağlık Kurumu'na dair hizmetlerden kaynaklanan zarar ve ziyan için hiçbir halde Sigortacı'nın sorumluluğuna gidilemez.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda yapılacak sağlık giderleri için, teminat tablosunda belirtilen limit, katılım payı ve muafiyet doğrultusunda, Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme kapsamında, doğrudan Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağına dair provizyon verilir.

Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmanın son bulması durumunda özel uygulamalar sona erecektir.

Provizyon sırasında verilen ön onay, Sigortacı'nın onay konusu teşhis ve tedavi işleminin yapılması sonrasında buna ilişkin sağlık giderlerini yeniden değerlendirmesine engel değildir. Sigortacı, bu değerlendirme neticesinde anılan sağlık giderinin ödenmesine veya ödenmemesine karar verir.

Yapılacak değerlendirme sonucunda ön onaya konu işlem ve sağlık giderinin teminat kapsamı içerisinde olmadığı neticesine varılırsa ve nihai onay verilmezse, tedavi giderleri Sigortalı/ Sigorta Ettiren tarafından karşılanır. Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi sonucunda ödeme kararı verilmesi halinde ise nihai karar doğrultusunda Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na doğrudan ödemeyi gerçekleştirir.

Sigortalı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda Sigortalı olduğunu belirtmek, T.C. kimlik numarasının yazılı olduğu resimli kimlik belgesini ibraz etmek ve teminat tablosunda belirtilen katılım payı, muafiyet tutarı ve limit üzerinde kalan tutarı ödemekle yükümlüdür.

7.2. Anlaşmasız Sağlık Kurumları

SGK ile anlaşmalı olan ancak Sigortacı ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında tedavi yapılması halinde, sağlık giderleri öncelikle Sigortalı tarafından ödenir.

Sigortalı tarafından ödenen sağlık giderlerine ilişkin tüm belgeler, Sigortacı'ya ulaştıktan sonra, işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile teminat tablosuna göre Sigortacı tarafından değerlendirme yapılır.

SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastaneler ve branşlarda gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

7.3. Ödeme Kapsamında Olmayacak Sağlık Kurumları ve Doktorlar

Sigortacı gerek provizyon verilmeyecek gerekse elden hasar olarak değerlendirme kapsamına alınmayacak Sağlık Kuruluşları ve Doktor'lar belirleyebilir. Sigortacı bu kurumların listesini www.aksigorta.com.tr adresinde belirtecektir.

8. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

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

- Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kurumu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü (tıbbi malzeme faturaları için zorunlu değildir.),
- Tüm sağlık giderlerinin fatura asılları ve (işlem bazlı) ayrıntılı fatura dökümleri,
- Yatarak tedavilerde ameliyat raporu ve/veya epikriz raporu,
- Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- Sinüzit ameliyatlarından önce Sigortalı'ya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,
- Fizik tedavi giderlerinde, varsa tedavi gerekliliğini gösteren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.) ve ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü),
- Her türlü adli olayda (trafik kazası dahil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),
- Anlaşmasız Kurumlarda gerçekleşen tedaviler SUT paket fiyatları dikkate alınarak teminat tablosunda belirtilen limit ve ödeme oranları kapsamında değerlendirilecektir.

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

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

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

Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında yapılan giderlerde tazminat ödemeleri, sigortaya başvuru

aşamasında doldurulmuş başvuru formunda bildirilen banka hesabına, tazminat değerlendirmesi için gerekli tüm bilgi ve belgelerin Sigortacı'ya ulaştığı tarihten itibaren en geç 10 (on) iş günü içinde yapılacaktır. Bu hesabın artık kullanılmaması veya tazminat ödemesinin başka bir hesap numarasına yapılmasının istenmesi halinde, yeni hesap numarasının, Sigortacı'ya yazılı olarak bildirilmesi gerekmektedir.

Sigortacı'nın işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki haklarını kullanabilmesi bakımından, tazminat değerlendirmesi sonucunda ödeme veya ödememe kararını verdiği tarih esas olacaktır.

Sigortalı'nın oluşan sağlık giderine üçüncü şahısların neden olması halinde, Sigortacı Sigortalı'nın yerine geçerek ödediği tazminat tutarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

Anlaşmasız kurumda gerçekleşen ve tazminat ödemesine konu olan ayakta tedavi, doğum teminatı ve Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri kapsamındaki hizmetler poliçe kapsamı dışındadır.

İlave ücret alınmayan sağlık hizmetleri aşağıdaki gibidir (Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' değiştiği takdirde aşağıdaki liste de değişecektir.);

- Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yeni doğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve hücre nakilleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Diyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemler

9. BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigortacı, sigorta sözleşmesinin kurulması aşamasında Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren'in ilk başvurusunda başvuru ve beyan formunda beyan ettiği tüm bilgileri, sigorta sözleşmesinin yenilenmesi aşamasında ise Sigortalı'nın yıl içindeki tazminatlarını ve sağlık durumunu esas alarak değerlendirme yapar.

Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren başvuru ve beyan formunda yer alan sorulara tam ve doğru olarak cevap vermekle yükümlüdür. Sigortacı gerekli gördüğü hallerde ek beyan, bilgi ve belge talep edebilir veya başvuruyu kabul etmeyebilir. Söz konusu beyanın gerçeğe aykırı veya eksik olması ve/veya beyan yükümlülüğünün yerine getirilmemesi durumunda Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca Sigortacı'ya tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, ilgili durumun tespit edildiği tarih itibarıyla sigorta sözleşmesi şartları yeniden düzenlenebilecektir. Bu durumda, Sigortacı tarafından ödenen tazminatların Sigortacı'ya iade edilmesi, Sigortacı tarafından sözleşme şartlarının yeniden belirlenmesi (muafiyet, ek prim, limit vb. uygulanabilecektir) ve sigorta sözleşmesinin iptali söz konusu olabilecektir.

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilen beyan ve ihbar yükümlülüğünün yanı sıra Sigortacı, alınan sağlık başvuru ve beyan formuna ek olarak sigorta kapsamını ilgilendiren bütün konularda doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma, gerektiğinde Sağlık Sigortası Bilgi Merkezi (SAGMER)'nden bilgi alma ya da SAGMER'e bilgi verme hakkına sahiptir.

Sigorta Ettiren ve Sigortalı, Sigortacı'nın, bu başvuru sonrasında kurulabilecek Sağlık Sigortası Sözleşmesi'nin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi vb.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalı adayları için doktor, sağlık kurumları, sigorta şirket(ler)i ve/veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile doğrudan doğruya ya da Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi vasıtasıyla, gizlilik sözleşmesi bulunması kaydıyla, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, sır niteliğindeki bilgileri öğrenebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dâhil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmesi görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde tüm sigortalılar ve sigorta ettiren hakkında toplayacağı her türlü bilgiyi, verebilmesini kabul ve beyan eder.

10. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

10.1. Sözleşmenin Yenilenmesine İlişkin Uygulama Esasları

Sözleşmenin yenilenmesi, mevcut sigorta sözleşmesinin sona ermesini takiben, Sigortacı'nın yapacağı değerlendirme sonucunda, sigorta bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yapılmasını ifade eder.

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

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı tarafından aksi yazılı olarak talep edilmedikçe Sigortacı, sona eren sözleşmeyi bitiş tarihi itibarıyla otomatik olarak yenileyebilir.

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalının, yenilenen sözleşmenin başlangıç tarihi itibarıyla ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptali talebinde bulunması halinde, yenilenen poliçede herhangi bir tazminat ödemesi olmaması kaydıyla poliçe başlangıç tarihi itibarıyla iptal edilir ve primin tamamı Sigorta Ettiren'e iade edilir. Tazminat ödemesi yapılmış/ yapılacak olması veya talebin 30 günden sonra gelmesi durumunda, 14.3.2. maddesi uyarınca iptal yapılır.

Mevcut sigorta sözleşmesinin bitiş tarihini 30 gün geçtikten sonra yapılan başvurularda, Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı ile kaç yıldır sözleşme yapıldığına bakılmaksızın sigortaya ilk yıl girişi olarak değerlendirilir. Bu durumda, işbu Özel Şartlar'da belirtilen bekleme süresi uygulanır ve kazanılmış hakların devamı söz konusu olmaz.

Yenilenen sigorta sözleşmesi, kural olarak biten sigorta sözleşmesi ile aynı teminat yapısına sahip aynı sigorta ürünü olmalıdır. Sigorta Ettiren / Sigortalı poliçe yenilemesinde anlaşmalı sağlık kurum ağı ve teminat genişletme talebinde bulunabilir. Bu durumda Sigortacı, gerekli görülen durumlarda

sağlık beyanını esas alarak yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu değişiklik talebini kabul edebilir ya da etmeyebilir.

Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesinde daha düşük teminatlı bir plana geçiş yapmak istemesi halinde tekrar risk değerlendirmesi yapılmaz, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek primi devam eder.

Sigorta Ettiren'in, Sigortacı'da daha kapsamlı diğer sağlık sigortası ürünlerine geçiş yapmak istemesi durumunda, Sigortacı, sigortalının geçmiş sigortalılık bilgileri ile geçiş yapılan ürünün özel şartları ve Sigortacı'nın teknik ve tıbbi risk değerlendirme kuralları çerçevesinde tekrar risk değerlendirmesi yapar. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre plan ve/veya ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb) kabul etme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını korumama veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi ek şart uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkı saklıdır.

Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki sigorta sözleşmesindeki prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı yenilemede de geçerli olacaktır.

10.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi poliçenin Sigortacı tarafından mevcut tamamlayıcı sağlık sigortası ürün ve planı (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi gibi belirli kriterler) dahilinde yenilenmesi taahhüdüdür.

Sigortacı, aşağıdaki hüküm ve şartlara göre, Ömür Boyu Yenileme Garantisi verebilir:

Sigortacı, Sigortalı'nın sigorta primini düzenli ödeyerek sigorta sözleşmelerini sigortacıdan düzenli olarak yenilemesi ve Sigortacı'nın, ilgili sigorta ürün grubuna ait risk kabul uygulamaları ve poliçenin yenileme tarihinde geçerli özel şart hüküm ve koşulları doğrultusunda yapılan risk değerlendirmesi sonucunda, sigorta sözleşmesinin belirlenen şartlarla ve düzenli prim ödemesi yapıldığı sürece yeniden risk değerlendirmesi yapılmaksızın yenilenmesi hakkını vermeyi kabul, beyan ve taahhüt eder.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi Sigortalı'nın, kesintisiz üç yıl sigortalı kaldığı ve bu süre içerisinde "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesine uygun davrandığı durumlarda, Risk Değerlendirme Birimi tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre sigortalanması uygun görülen kişilere verilebilir. Ancak, Sigortacı'nın değerlendirme sonucuna göre, Sigortalı'ya bu hakkı vermeme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) verme hakkı saklıdır.

İşbu madde anlamında kesintisiz sigortalılık süresi, aynı sigorta sözleşmesinde mevcut tüm sigortalı bireyler bakımından da ayrı ayrı aranılacaktır.

Bu hakkın verilmesinden sonra, Sigortacı, Sigortalı'nın ortaya çıkacak yeni rahatsızlık ve hastalıklarından dolayı Sigortalı'ya yeni ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulaması yapmayacaktır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özel bir hak olup, bu hakkı kazanmış Sigortalıya aittir. Ömür

Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip olunması halinde dahi yenilemelerde, yukarıda 10.1. maddesindeki hüküm ve şartlara göre hareket edilmelidir. Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan Sigortalıların poliçelerinin muadil teminatlarla yenilenmesinden sorumludur. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip Sigortalı'nın, bu hakkının korunabilmesi için devam eden ve sonraki sözleşmelerinin aralıksız olarak muadil teminat yapısı ile yenilenmesi, primlerinin düzenli olarak ödenmesi gerekir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi alındıktan sonra, sigortalı sigorta ürünü değiştirmek ve teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni yeniden değerlendirir. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) kabul etme hakkına sahiptir.

Sigortacı tarafından, Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları'nda Ömür Boyu Yenileme Garantisi için risk değerlendirmesi yapılan tarih ile poliçenin yenileme tarihi arasında, Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı yenileme koşullarını gözden geçirerek, Ömür Boyu Yenileme Garantisini tekrar değerlendirme, poliçeyi yenilememe, hastalık ek primi ve/veya istisna uygulama hakkına sahiptir.

Şirketimizde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerinde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışında olup ayrıca ilk sigortalılık tarihinden sonra ortaya çıkan rahatsızlık/hastalıklarla ilgili, Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkı elde edilen tarihe kadar, yenileme dönemlerinde yeniden tıbbi değerlendirme yapılarak ek şartlar (limit, muafiyet, ek prim vb.) uygulanabilir.

Sigortacının ürün satışını durdurması durumunda, Sigortalının poliçesini muadil bir ürün ile yeniler.

Sigortacı tarafından Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilirken belirlenen ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, katılım payı, bekleme süresi vb.), Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildikten sonra devam eden yenileme dönemlerinde değiştirilemez ve tekrar değerlendirilemez.

Sigortalı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa bile aşağıdaki koşulların oluşması halinde, duruma göre Sigorta Ettiren/ Sigortalı'ya yaptığı haksız ödemeler ile ilgili rücu hakkı saklı kalmak üzere, Sigortacı sigorta sözleşmesini iptal etme veya ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb) uygulayarak devam ettirme veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni değiştirme veya kaldırma hakkına sahiptir:

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

11. PRİM TESPİTİ

İlk defa sigortalananacak kişilerin prim tespitinde, ürün tarife fiyatı baz alınır. Aynı planda kalmak suretiyle poliçesinin yenilenmesine karar verilen kişi için yenileme primi, aynı yaş ve cinsiyetteki ilk

defa sigortalanacak sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 katını geçemez.

11.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

11.1.1 Tarife Primi:

Bilimsel kabul görmüş ya da şirketin tecrübe edilen aktüeryal metodolojileri baz alınarak geçmişin, bugünün ve geleceğin frekans, şiddet ve benzeri etkileri gözetilerek hesaplanan baz primdir.

11.1.2 Poliçe Primi:

Tarife primleri baz alınarak, "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış ek primin ve/veya indirimlerin uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen primi ifade eder.

11.1.3 Ödenecek Poliçe Primi:

Poliçe primleri baz alınarak "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış "Diğer indirim ve ekprimlerin" uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen ödenecek primi ifade eder.

11.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

Sözleşme kapsamında ilk defa sigortalanın veya diğer sigorta şirketinden yapılacak geçişlerde, tarife primi uygulanacaktır.

Yeni iş, geçiş ve yenilemelerde, sigortalının ikamet adresi, poliçenin kullanım adeti ve tutarları, sigortalılık süresi, aile olma hali, ödeme planı değişiklikleri, prim hesaplanması esnasında fiyatın artmasına veya azalmasına neden olabilmektedir.

11.2.1 Tazminat/Prim (T/P) Oranına Bağlı İndirim Uygulaması

Sigortacı'da sona eren sözleşmenin yenileme dönemi sırasında; poliçedeki her bir sigortalı için son yıl Ödenen Tazminat/ Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yeni yıl primlerinde indirim uygulanabilir.

0-1 (bir) yaş aralığındaki çocuklarda ilk poliçe yenilemesinde, Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yenilenecek poliçe primlerinde herhangi bir indirim uygulanmayacaktır.

11.2.2 Risk Ek Primi:

Tarife priminden bağımsız olarak, sigortalı adayının bireysel sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda sigorta güvencesinin sağlanabilmesi için ödenmesi gereken ek primi ifade eder. Bu ek prim, aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 katını geçemez.

11.2.3 Ödeme Planı İndirimi

Poliçe priminin peşin ödenmesi durumunda uygulanacak indirim ifade eder.

11.2.4 Aile İndirimi

Anne, baba ve 24 yaşına kadar olan çocukların aynı sözleşme kapsamında sigortalanması halinde, kişi sayısı dikkate alınarak uygulanan indirim ifade eder.

11.2.5 Diğer İndirim ve Ek Primler

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

12. SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI

Bu sigorta ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden, başvuru tarihinde 14 gün ile 65 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilmektedir.

12.1. Yeni Giriş İşlemleri

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden/ edecek olan GSS hak sahibi olan kişiler için geçerlidir. GSS müstehaklığını kaybeden sigortalılar poliçelerini devam ettirebilir ancak GSS hak sahipliğinin yeniden başlaması durumuna kadar poliçe teminatlarından faydalanamaz.

Aynı poliçe kapsamında sadece anne, baba ve 24 yaşına (dahil) kadar bekar çocuklar sigortalanabilir. Yürürlükte olan sözleşmeye, yıl içerisinde eş ya da çocuk (evlat edinilen dahil) için yeni sigortalı girişi, Sigortacı'ya başvuru yapılması durumunda mümkündür.

18 yaş altı çocuklar ebeveyni olmaksızın tek başına, Sigorta Ettiren'in 18 yaş ve üzerinde olması şartıyla sigortalanabilirler.

Süresi içerisinde yapılan başvurular, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde değerlendirilecek ve kabul edilmesi halinde, poliçeye giriş tarihleri olarak başvuru tarihi esas alınacaktır. Ancak yeni doğan bebek için sigortaya başvuru, bebeğin doğum tarihinden 14 günden sonra yapılabilir.

Poliçeye eklenecek kişilerin (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) primleri, yıllık prim üzerinden gün esasına göre hesaplanarak alınacaktır.

13. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Diğer sigorta şirketlerinde herhangi bir Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, diğer sigorta şirketinden ayrılarak, Sigortacı'dan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası almak istediği durumlarda,

sigortalı olduğu önceki şirketinden kazanılmış haklarını gösteren belgelerin Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir.

Diğer sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihini takip eden ilk otuz (30) gün içerisinde Sigortacı'ya Başvuru ve Bilgilendirme Formu doldurarak başvurması gerekmektedir. Risk Değerlendirme Birimi tarafından yapılacak değerlendirme sonucunda uygun görülmesi, Sigortacı ile Sigorta Ettiren'in yeni sigorta sözleşmesinin koşullarında mutabık kalması durumunda ve kişilerin 30 gün içinde sigortalanması şartı ile kazanılmış hakları korunabilecektir.

- İşbu Özel Şartların 10.2. maddesindeki Ömür Boyu Yenileme Garantisi, önceki sigorta şirketinde kazanılmış olsa dahi, geçiş yapma talebinde bulunan sigortalı adayı için Risk Değerlendirme Birimi tarafından yapılacak medikal ve teknik değerlendirme sonucuna göre korunabilecektir.
- Önceki sigorta şirketinde teminat kapsamında olan, ancak Sigortacı'nın tercih edilen sigorta ürününde bulunmayan teminat ve hizmetler kapsam dışında kalacaktır.
- Geçiş sırasında Sigortalı adayının hamilelik durumu olsun ya da olmasın Annelik Doğum Teminatı ile Annelik Rutin Kontrol Teminatları için Poliçe Özel Şartları'nda belirtilen bekleme süreleri her durumda geçerli olacaktır.
- Önceki sigorta şirketinde kapsam dahilinde olsa dahi, mevcut rahatsızlıkları ve hastalıkları ile başvuru ve beyan formundaki beyanı, geçiş bilgilerinde belirtilen hastalık riskleri çerçevesinde risk değerlendirmesi yapılarak poliçe kabul koşulları belirlenir.

14. SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ

14.1. Sigorta Süresi

Sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu dönemi ifade eder. Sigortanın süresi, 1 yıldır ve poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında yürürlükte kalır. Poliçe üzerinde belirtilen başlangıç tarihinde saat 12.00'de başlar ve poliçe üzerinde belirtilen bitiş tarihinde, saat 12.00'de sona erer. Bu sigorta sözleşmesi yürürlükteyken başlayan ve kesintisiz olarak sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden sonraki bir tarihe kadar süren hastane tedavilerinin masrafları, sigorta süresinin sona ermesiyle yeni bir sözleşme yapılmaması durumunda, sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden itibaren 10. Güne kadar teminat altındadır. Sigorta sözleşmesinin iptali veya Sigortalı'nın sigorta sözleşmesi teminatlarından çıkarılması halinde iptal, çıkartılma veya ürün-plan değişikliği tarihinden sonraki hastane tedavilerinin masrafları hiçbir koşul aranmaksızın karşılanmaz.

14.2. Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

Sigorta teminatları, başvurunun Sigortacı tarafından onaylanması ve poliçe priminin tamamının veya taksitli ödenmesi kararlaştırıldı ise ilk taksitinin ödenmesi ile yürürlüğe girer.

Sigorta Ettiren, Sigorta Ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini, kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer. Sigorta Ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 15 gün içinde ödemediği takdirde sigorta teminatı durur ve Sigortacı tarafından Sigorta Ettiren'in bilinen son adresine yazılı ihtar gönderir. Riskin gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun

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

14.3. İptal ve Çıkış İşlemleri

14.3.1. Başlangıçtan İptal Hakkı

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı, poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunması halinde, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması durumunda, ödenen primler kesintisiz olarak Sigorta Ettiren'e iade edilir.

14.3.2. Prim Ödenmemesi Sonucu İptal

Sigortalı ettiren, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Aynı şekilde, sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır.

14.3.3 Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı isteği üzerine poliçenin iptal edilmesi durumunda;

Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.

Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.

Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.

Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

14.3.4. Diğer

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

Sigortalının, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile Sigortacı'nın uğrayacağı zararlardan Sigorta Ettiren, Sigorta Ettiren, Sigortalı ile birlikte sorumludur.

14.4. Vefat Durumu

Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda, sigorta sözleşmesi geçersiz hale gelir. Sigorta Ettiren'in sözleşmede yer almadığı ve Sigortalı'ların Sigorta Ettiren'i değiştirerek sigorta sözleşmesini devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda Sigorta Ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir sözleşmede, Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda sigorta sözleşmesi geçersiz hale gelir. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Birden fazla sigortalının olduğu sigorta sözleşmelerinde, sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının sözleşmeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır ve varsa prim iadesi, işbu Özel Şartlar çerçevesinde Sigorta Ettiren'e yapılır.