

ANADOLU SİGORTA

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Sayın Sigortalımız,

Öncelikle, Şirketimizi tercih ettiğiniz için teşekkür ederiz. Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçeniz ile ilgili olarak sizi aydınlatacağını düşündüğümüz ayrıntılı bilgiler aşağıda sunulmaktadır. Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda öncelikli olarak Şirketimizi arayarak poliçenizin teminatlarından nasıl yararlanacağınız hakkında bilgi almanızı tavsiye ederiz.

Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için geçerli olan anlaşmalı sağlık kuruluşlarımız hakkında www.anadolusigorta.com.tr adresinden veya Şirketimizi arayarak bilgi alabileceğinizi hatırlatır, sağlıklı günler dileriz.

I. TEMİNATLARA AİT ÖZEL ŞARTLAR

ANADOLU TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI POLİÇELERİNİN KAPSAMI

Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi (Anadolu Sigorta), Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları çerçevesinde sigortalının, sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalıklarına ait muayene, tetkik ve tedavi giderlerini, poliçesinde belirtilen teminatların kapsamı ve limitleri, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) geri ödeme kuralları ve bu dokümanda belirtilen detaylar dahilinde tazmin eder. SGK'dan provizyon alınmamış sağlık harcamalarına ait giderler bu poliçe kapsamı dışındadır. Bu poliçe kapsamında ödeme yapılabilmesi için, sigortalının muayene, tetkik ve tedavilerinin, poliçenin geçerli olduğu tarihler arasında gerçekleştirilmiş olması gerekmektedir. Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (komplikasyonlara) ilişkin tüm giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Sadece SGK tarafından karşılanacak tedavi masraflarının yasal çerçeve içerisinde sigortalının ödemesi gereken fark kısmı özel şartlar dahilinde bu poliçe kapsamında karşılanacaktır. Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünleri, Şirketimizin Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için anlaşmalı olduğu ve SGK ile de anlaşması bulunan kurumlarda/doktorlarda geçerli olacaktır. SGK ile anlaşmalı olduğu halde, Şirketimizle tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında anlaşması bulunmayan sağlık kuruluşlarında yapılacak tedavi giderleri ve Genel Sağlık Sigortası(GSS) hak sahibi olmayan kişilerin tedavi giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır. SGK tarafından kapsama alınan ve Genel Sağlık Sigortası olan kişiler bu poliçe kapsamında yer alabilmektedir. Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'ndan faydalanabilmek için aile fertlerinin her birinin ayrı poliçeye sahip olması gerekmektedir.

Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında sadece Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olan Türkiye Cumhuriyeti (T.C) vatandaşları ve Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olan yabancı uyruklu kişiler sigortalanabileceklerdir. Bu poliçe sadece Türkiye Cumhuriyeti (T.C) sınırları dahilinde geçerli olup, yurt dışında geçerli olmayacaktır. KKTC yurt dışı olarak kabul edilmektedir.

Şirketimizde, bireysel özel sağlık sigortası poliçesi olan kişilerin, bireysel tamamlayıcı sağlık sigortasına geçişlerinde Şirketimiz tarafından risk değerlendirmesi yapılmayacaktır. Şirketimizdeki bireysel tamamlayıcı sağlık sigortasından, bireysel özel sağlık sigortasına geçişte Şirketimiz tarafından risk değerlendirmesi yapılacaktır.

Şirketimiz kurumsal sağlık sigortası kapsamında poliçesi bulunan kişilerin herhangi bir nedenle poliçelerinin sona ermesi durumunda, yenileme garantileri bulunuyorsa, bireysel tamamlayıcı sağlık sigortasına haklarıyla geçişleri mümkün olacaktır. Yenileme garantisi bulunmayan sigortalılar için risk değerlendirmesi yapılacaktır.

Bebekler, doğum tarihlerini takiben 15 gün içinde başvuru formu doldurularak Şirketimize iletilmesi durumunda, doğum tarihleri itibarıyla sigortalanabileceklerdir.

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

TEMİNATLARIN AÇIKLAMALARI

Aşağıda Şirketimizin Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerindeki teminatlara ilişkin açıklamalar yer almaktadır. Sigortalılar, aşağıda açıklamaları yapılan teminatlardan, poliçelerinde bu teminatlar varsa yararlanabileceklerdir. Sigortalılar poliçelerinde bulunmayan teminatlardan yararlanamazlar.

A. Yatışsız tedavi teminatı

Bu teminat ancak "Yatışlı Tedavi Teminatı"nın alınması koşuluyla verilebilir. Bu teminat doktor muayene, tanı giderleri ve fizik tedavi teminatlarından oluşur.

Yatışsız tedavi kullanımları yılda 9 kere ile sınırlı olacaktır. Fizik tedavi giderleri için yıllık 30 seans limiti bulunmaktadır. İlaç ve aşı giderleri teminat kapsamı dışındadır.

B. Yatışlı tedavi teminatı

Yatışlı tedavi teminatı SGK geri ödeme koşulları dahilinde gerçekleşen cerrahi ve dahili tedavileri kapsamaktadır.

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 Şirketimizin onayının tekrar alınması gerekmektedir.

C. Doğum Teminatı

Bu teminat, ek prim ödenerek poliçe kapsamı altına alınacaktır. Sadece poliçelerinde doğum teminatı olan sigortalılar için geçerlidir. Bu teminata hak kazanabilmek için poliçe düzenlendiği sırada kişinin hamile olmaması gereklidir.

Doğum teminatından faydalanabilmek için bekleme süresi olmayacaktır. Doğumla ilgili rutin kontroller yıllık yatışsız tedavi sayısından düşülecektir. Poliçesinde yatışsız tedavi teminatı olmayan kişilerin doğum ile ilgili rutin kontrolleri poliçe kapsamı dışındadır.

Doğum teminatı kapsamına giren tüm giderler, 1 yıllık poliçe döneminde sadece 1 kere ödenir. (Zorunlu kürtaj ve düşük ile ilgili giderler istisnadır.) İsteğe bağlı kürtaj poliçe kapsamı dışındadır. Bu teminat, doğum için anlaşma yapılmış olan sağlık kuruluşları dışında geçerli değildir. Ek olarak oda-yemek-refakatçi, tanı birimleri, ilaç, doktor ve diğer teminatlar yürürlüğe girmez.

D. Yardımcı Üreme Yöntemi Tedavileri (Tüp Bebek) Teminatı:

Bu teminat ek prim ile sadece bayan sigortalıların poliçe kapsamına dahil edilebilecektir. SGK'nın tüp bebek tedavisi ödeme şartları doğrultusunda, 1 yıllık poliçe süresi boyunca bu teminata özel anlaşma yapılmış sağlık kuruluşlarında geçerlidir. SGK kuralları dahilinde ödenmeyen yardımcı üreme yöntemi tedavileri, bu poliçe kapsamı dışındadır. Bu teminat, yardımcı üreme yöntemi tedavileri için anlaşma yapılmış olan sağlık kuruluşları dışında geçerli değildir.

A. Kara ambulans teminatı:

Sigortalılarımız, aşağıda belirtilen "Acil Durumlarda", Sigorta Şirketi adına bu hizmeti veren firmanın doktorlarının 7 gün 24 saat hizmet verdiği İstanbul'daki alarm merkezini 0850 744 03 03 no'lu telefon numarasını arayarak, ücretsiz olarak, danışmanlık hizmeti alabilecekler ve bir doktor eşliğinde kara ambulansı hizmetinden yararlanabileceklerdir. Sigorta Şirketinin anlaşmalı olduğu firma, İstanbul dışında örgütlediği 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" Sigorta Şirketinin anlaşmalı olduğu firmanın verdiği bu hizmet için herhangi bir ücret ödemeyeceklerdir.

Sigortalıların, acil vakalarda Anadolu Sigorta'nın anlaşmalı olduğu firmanın temin ettiği ambulans dışında bir ambulans kullanmaları halinde, ambulans giderleri karşılanmayacaktır.

Acil durumlarda hastane veya bir sağlık merkezine transport edilmesi gereken sigortalılar, klinik durumlarına uygun olarak öncelikle Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesinin geçerli olduğu hastane networkü dahilindeki kuruluşlara poliçe kapsamı dahilinde transport edilecektir. Sigortalıların, kendi tercihleri ya da klinik durumları doğrultusunda Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesi anlaşmalı sağlık kuruluşu ağı dışında bir kuruma transport edilmeleri durumunda gerçekleşecek tedavi masrafları poliçe teminatı kapsamı dışındadır. Ayrıca, acil durumlar dahilinde bir sağlık merkezine transport edilen sigortalının, başka bir sağlık kurumuna nakli yapılırsa ortaya çıkacak transport giderleri poliçe kapsamı dahilinde değildir.

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

Suda boğulma, trafik kazası, yüksekten düşme, uzuv kopması, elektrik çarpması, donma, soğuk çarpması, ısı çarpması, ciddi yanıklar, göz yaralanmaları, zehirlenmeler, anafilaktik tablolar, kemik kırıkları, miyokard enfarktüsü, hipertansif ensefalopati, akut serebrovasküler atak, ani felçler, şeker ve üre komaları, akut masif kanamalar, akut böbrek yetmezliği, menenjit, ensefalit, beyin apsesi, solunum yollarında yabancı cisim, yüksek ateş (39,5 derece ve üzeri).

II. UYGULAMALARA AİT ÖZEL ŞARTLAR

1. Poliçelendirme:

a. Sigortalanma üst yaş sınırı 64'tür. 18 yaş altındaki kişiler tek başlarına sigortalanamazlar. Ebeveynlerinden en az biriyle poliçe kapsamına dahil olabilirler.

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

Sağlıklı doğan bebekler, doğum tarihlerini takiben 15 gün içinde (15. gün dahil) başvuru formu doldurularak Şirketimize iletilmesi durumunda, doğum tarihleri itibarıyla sigortalanabileceklerdir. Bu bebeklerin doğuştan gelen rahatsızlıkları poliçe kapsamı ve teminatları dahilinde ödenecektir. Doğum tarihini takiben 15 gün içinde (15. gün dahil) poliçe kapsamına alınmayan bebeklerin doğuştan gelen rahatsızlıkları ile ilgili giderleri poliçe kapsamında değildir.

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

Aile poliçelerinde aile indirimi uygulanmamaktadır.

c. Şirketimiz sigorta kapsamına almadan önce;

- 55 yaş ve üzerindeki sigortalı adaylarından,
- Boy-kilo endeksi ($\text{Boy-Kilo Endeksi} = \frac{\text{Kilo(kg)}}{\text{Boy}^2 \text{ (m)}} 35$ 'in üzerinde olan sigortalı adaylarından,
- Yukarıda tanımlanan her iki kapsamda da olmamasına rağmen, Şirket doktorlarımız tarafından tetkik yaptırmaya gerekli görülen sigortalı adaylarından, sigorta kapsamına alınmadan önce Şirketimizin belirlediği tetkiklerin yaptırılması talep edilecektir.

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

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

- d. Poliçe başlangıç tarihinden sonra bağımlılarının sayısı artarsa, sigorta kapsamına dahil edilecek bağımlılar için yeni başvuru 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 kişi eş ise, bağımlılık özelliğini kazandıkları tarihten itibaren en geç 30 gün içinde sağlık sigortası kapsamına alınmalıdır. Sonradan bağımlı özelliği kazanan kişi yeni doğan çocuk ise, doğuştan gelen rahatsızlıklarının kapsam dahilinde olabilmesi için, doğum tarihi itibarıyla, 15 gün içinde poliçe kapsamına alınmalıdır. Doğum tarihinden itibaren 15 gün içinde poliçe kapsamına alınmayan bebeklerin doğuştan gelen rahatsızlıklarına ait giderleri poliçe kapsamında olmayacaktır. 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.
- f. Şirketimizde kurumsal tamamlayıcı ya da kurumsal özel sağlık sigortası kapsamında olup, işten ayrılma, emeklilik veya grubun Şirketimizle yaptığı sözleşmenin sona ermesi durumunda bireysel tamamlayıcı sağlık sigortası poliçe başvurusu yapan kişiler için, her hangi bir sağlık sigortası Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olup olmadığı da dikkate alınarak, tıbbi risk değerlendirmesi yapılmaktadır. Bireysel tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesinin başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar için muafiyet uygulanabilmekte veya bu hastalıklar için ek prim alınabilmektedir. Bazı ameliyatlara için geçerli olan 3 aylık bekleme süresi ise kurumsal özel sağlık ya da kurumsal tamamlayıcı sağlık poliçede 3 ayını tamamlayan sigortalılar için uygulanmamaktadır.

2. Poliçenin yürürlüğe girmesi:

Sağlık sigortası teminatı, sigortalı tarafından doldurulan başvuru formunun Şirketimiz tarafından kabul edilip, risk değerlendirmesinin tamamlanmasından sonra poliçenin tanzim edilmesi ve primin tamamının veya belirlenen ilk taksitinin ödenmesi koşulu ile başlar.

3. Sigorta sözleşme süresi:

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.

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.

4. Paket değişikliği:

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, Şirketimiz yeni bir sağlık beyanı isteme hakkına sahiptir.

5. Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi

Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi'ne hak kazanma

Anadolu Sigorta, Tamamlayıcı 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 Anadolu Sigorta Yenileme Garantisi verecektir.

4. yılın sonunda yapılan ilk değerlendirmede Anadolu Sigorta Yenileme Garantisi almaya hak kazanamayan sigortalılar, her yıl poliçe yenileme dönemlerinde son 4 yıllarındaki tazminat/prim oranlarına bakılmak suretiyle, tekrar Anadolu Sigorta Yenileme Garantisi değerlendirmesine alınacaklardır. Her yıl yapılan değerlendirmeler sonucunda 64 yaşına kadar Anadolu Sigorta Yenileme Garantisine hak kazanamayan sigortalıların ve 62, 63, 64 yaşında Anadolu Sigorta'da ilk kez sağlık sigortası kapsamına alınan sigortalıların poliçeleri, 65 yaşından itibaren normal

prime ilave olarak % 30 yaş ek primi alınarak 75 (hariç) yaşına kadar yenilenecektir.

65 yaşına gelene kadar herhangi bir yaşta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olan sigortalılara ise, 65 ve sonrasındaki yaşlarda düzenlenen poliçelerinde %30 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.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi bireye özel olarak verilir. Aile bireyleriyle birlikte sağlık sigortası kapsamında olan kişilerden birisine Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi verilmesi, poliçedeki diğer aile bireyelerine de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi verildiği anlamına gelmez. Sigortalılarımız Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi aldıkları tarihte geçerli olan özel şartlara tabi olacaklardır.

Özel Sağlık Sigortası kapsamında, Ömür Boyu Yenileme alan bir sigortalı Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'na geçerken, yenileme garantisi Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi olarak değiştirilecektir.

Anadolu Sigorta'da grup sağlık sigortası kapsamında sigortalı iken grup poliçesi kapsamından çıkan kişiler en fazla 1 ay içinde Tamamlayıcı bireysel sağlık sigortası yaptırmak için başvurmalıdırlar. Grup poliçesi kapsamından çıkış tarihinden sonra en fazla 1 ay içinde Anadolu Sigorta'ya Tamamlayıcı bireysel sağlık sigortası yaptıran sigortalıların, ileriki tarihlerde yapılacak Tamamlayıcı Yenileme Garantisi değerlendirmesi sırasında, Anadolu Sigorta'daki grup sigortalılık süreleri ve grup sigortası kapsamındaki tazminat - prim oranları göz önünde bulundurulacaktır.

Sigortalının "Ömür Boyu Yenileme Garantisi"ne hak kazandığı kurumsal sağlık sigortası kapsamından çıkıp, bireysel tamamlayıcı sağlık sigortası satın alması halinde, sigortalının kesintisiz ilk kez kurumsal sağlık sigortası yaptırmadan önce ortaya çıkan hastalıkları ve/veya sigortalının grup poliçesinde muaf tutulmuş olan hastalıkları, yaptıracığı bireysel poliçesinde kapsam dışı bırakılacaktır. Anadolu Sigorta bu uygulama sırasında, sigortalının sağlık durumuyla ilgili bilgi almayı gerekli gördüğü hallerde sigortalılardan bazı tetkikler yaptırmalarını isteyebilecektir.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerdeki uygulamalar

Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, 1 aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Anadolu Sigorta'da bireysel tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerin sağlık beyanları ve önceki sigorta şirketinden gönderilen geçmiş sigortalılık bilgileri incelenerek, uygun görülen sigortalılar önceki sigorta şirketlerindeki yenileme garantisi hakları, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi olarak devralınarak sigortalanabileceklerdir.

Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, 1 aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Anadolu Sigorta'ya bireysel tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerden yenileme garantisi hakkı devralınmayan ya da önceki şirketinde yenileme garantisi verilmeyen kişilerin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi'ne 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 olanlara Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi verilecektir. 2. senelerinin sonunda Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi alamayan bu sigortalıların bir sonraki yıl Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi değerlendirmeleri yapılırken son 3 senelerindeki her bir yıl için tazminat/prim oranlarına bakılarak değerlendirme yapılacaktır. 3. senesinin sonunda Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi alamayan sigortalıların bir sonraki yıl Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi değerlendirmesi yapılırken son 4 senesindeki her bir yıl için tazminat/prim oranlarına bakılacaktır. 4. senesinin sonunda Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi hak kazanamayan sigortalıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi değerlendirmeleri her yılın sonunda son 4 senelerine bakılarak yapılacaktır.

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

uygulamaları doğrultusunda, devir alınabilecektir. Ayrıca bazı ameliyatlar için geçerli olan 3 aylık bekleme süreleri, diğer sigorta şirketinde 3 ayını tamamlayan ve poliçe bitim tarihinden itibaren 1 ay içinde Anadolu Sigorta'ya başvuruda bulunan sigortalılar için uygulanmamaktadır. Sigorta başlangıç tarihi olarak, Anadolu Sigorta'daki başlangıç tarihi esas alınacaktır.

Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi'ne hak kazanmanın avantajları

Sigortalıların, Anadolu Sigorta'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası 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 ya da hasarsızlık indirimleri uygulanacaktır.

Ek prim ve hasarsızlık indirimi oranları kişilere özeldir. Duruma göre ailedeki bir fert için ek prim uygulanırken, diğer aile bireyleri hasarsızlık indiriminden yararlanabileceklerdir.

Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası 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 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi koşullarını değiştirebilir, hastalığa ilişkin yaptığı ödemelerle ilgili olarak sigortalıya rücu edebilir, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisini kaldırabilir veya poliçeyi iptal edebilir.

Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisine hak kazanmış olan sigortalıların askere gitmeleri durumu

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisine hak kazanmış olan ve askere gitme nedeniyle poliçelerini iptal eden sigortalıların, askerlik görevlerini bitirdikten sonraki 1 ay içinde başvurmaları ve askerlik durumlarını belgelemeleri koşuluyla sağlık beyan formu doldurarak Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi hakları devam eder. Ancak bu sigortalıların Anadolu Sigorta'da sigortalı olmadıkları süre içinde ortaya çıkan rahatsızlıklar yeni poliçelerinde kapsam dışı bırakılacaktır.

6. İndirim ve ek prim uygulamaları:

Ödenen Tazminat/Alınan Net Prim Oranına * 100 oranına bakılarak uygulanacak olan hasarsızlık indirim oranları ve ek prim oranları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir:

YATIŞLI VE YATIŞSIZ TEDAVİ TEMİNATLI ÜRÜNLERE AİT HASARSIZLIK İNDİRİMİ VE EK PRİM ORANLARI TABLOSU (*)		SADECE YATIŞLI TEDAVİ TEMİNATLI ÜRÜNLERE AİT HASARSIZLIK İNDİRİMİ VE EK PRİM ORANLARI TABLOSU (*)	
T/ P Oran (%)	HASARSIZLIK İNDİRİM VE EK PRİM ORANLARI	T/ P Oran (%)	HASARSIZLIK İNDİRİM VE EK PRİM ORANLARI
0	%30 indirim	0	%10 indirim
1-20	%25 indirim	1-20	-
21-40	%20 indirim	21-40	-
41-50	%10 indirim	41-50	-
51-60	%5 indirim	51-60	-
61-100	-	61-100	-
101-120	%5 ek prim	101-120	%5 ek prim
121-140	%10 ek prim	121-140	%10 ek prim
141-160	%15 ek prim	141-160	%15 ek prim
161-180	%20 ek prim	161-180	%20 ek prim
181-199	%25 ek prim	181-199	%25 ek prim
≥ 200	%30 ek prim	≥ 200	%30 ek prim

≥ 200	%50 ek prim (son iki sigortalılık döneminde de her bir yılın değerlendirmesinde t/p oranı %200'ü geçen sigortalılar için)	≥ 200	%50 ek prim (son iki sigortalılık döneminde de her bir yılın değerlendirmesinde t/p oranı %200'ü geçen sigortalılar için)
-------	---	-------	---

* 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.

- Bağlantılı kurum/müşteri indirimi; 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 %10 oranında indirim uygulanmaktadır. Bu indirim her bir poliçe için ayrı ayrı tanımlanmaktadır.
- Poliçenin ilk 2 senesinde 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 %50'yi aşmamaktadır.
- Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (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 Şirketimiz'e aittir.
- Aktüeryal olarak hesaplayacağımız tarife baz primleri, poliçelerinin yenileme döneminde azami %50 oranında artacaktır. Azami artış oranı olan %50, enflasyon oranının %15'i geçmeyeceği varsayımıyla belirlenmiş olup, enflasyonun bu oranın üzerinde olması durumunda, aradaki fark %50 üzerine eklenecektir.

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

- Bu poliçe, sigortalının başvuru 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.
- 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.

8. Poliçenin otomatik olarak feshi:

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

- 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.
- Sözleşme sona ererse,
- Eğer bağımlı bağımlılık niteliğini yitirirse poliçe otomatik olarak fesih olacaktır. Sigortalının boşandığı eşinin poliçesi boşanma günü itibarı ile iptal edilir. Evlenen çocukların poliçeleri evlenme tarihleri itibarı ile iptal edilir. Yukarıda belirtilen kişiler isterlerse 1 aydan fazla ara vermemek koşuluyla başka bir poliçe satın alarak sigortalılıklarını devam ettirebilirler.

9. Sigortacının rücu hakkı:

Sigortacı, sigortalının veya doktorun yanlış ve/veya eksik bilgilendirmesi yüzünden poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen ödemeler yapmak durumunda kalması halinde, 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 "Yatışsız 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.

10. Yatışlı tedavi öncesi ön onay alınması:

Sigortalı, acilen sağlık kuruluşlarına yatırılması gereken haller dışında, işlemlerin kolaylaştırılmasını sağlamak amacıyla yatışlı tedavi görmesi gerektiğini sağlık kuruluşuna giriş yapmadan birkaç gün önce sigortacıya bildirmelidir.

11. Sigortalının doktora muayene ettirilmesi ve inceleme yapılması:

Sigortacı, bir tazminat talebinin işlem görmesi sırasında gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı belirleyeceği doktora muayene ettirme hakkına sahiptir. Sigortacı, gerek görmesi halinde, sigortalının sağlık giderlerini ödemediği ya da yatışlı tedavisi söz konusu olduğunda yatış onayı vermeden önce inceleme yaptırabilir. Ayrıca, sigorta süresi öncesi 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 sigortalının sağlık özgeçmişi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını 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.

12. Uygulanan hatalı tedaviler:

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.

13. Tazminat işlemleri:

Sigortalının tedavisi için anlaşmalı kuruma başvurması durumunda, anlaşmalı kurum Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan ve ardından Şirketimizden provizyon alır ve sigortalı, teminat limitleri dahilinde ödenmesi gereken katılım payını ödeyerek ve ibraname imzalayarak anlaşmalı kurumdan ayrılır.

Anlaşmasız kuruma gitmesi durumunda ise sigortalının tedavi giderleri poliçe kapsamı dışındadır.

Tazminat ödemesine ilişkin bilgiler Sigorta Bilgi Merkezi'ne aktarılacaktır.

14. Sigortalının vefatı:

Sigortalının hastalığı veya yaralanması sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda; tedavisi için yapılmış olan giderler, poliçenin kapsamı ve teminatları dahilinde tazmin edilir. Sigortacı, tazminatın ödendiği tarih itibarıyla bütün yükümlülüklerini yerine getirmiş olur. Poliçe feshedilir ve gün esasına göre prim iadesi yapılır. Aile poliçelerinde, bağımlılar sigorta bitim tarihine kadar sigorta teminatından faydalanırlar. Sigorta bitim tarihinde bağımlılar için yeni bir aile poliçesi düzenlenir.

15. Poliçe şartlarında değişiklik yapılması:

Sigortacı, Poliçe Özel Şartlarını ve poliçenin kapsamını poliçenin yenileme tarihinde değiştirmekte serbesttir. Poliçe dönemi içerisinde Sağlık Uygulama Tebliği'nde söz konusu olabilecek değişiklikler poliçeye güncel olarak yansıtılabilecektir.

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

Sigorta priminin tamamının, taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılır 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 Kanunu'ndan 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.

17. SGK tarafından uygulanan ve tedavinin yapıldığı tarihte yürürlükte olan bekleme süreleri aynı şekilde olmakla beraber, sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan ve 3 ay süreyle ameliyat giderleri kapsam dışında bırakılan rahatsızlıklar aşağıda belirtilmiştir. Malign (kötü huylu) tümörler için 3 aylık bekleme süresi uygulanmaz.

1. Siğil, lipom, kist sebase(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 anjiyodisplazide uygulanan APC işlemleri, her türlü fıtık (karın içi organ fıtığı, vb.), safra kesesi, tiroid bezi, ve meme hastalıkları,
3. Burun, bademcik, geniz eti, sinüzit, işitme kusuru kulak tüpü takılması, timpanoplasti, vb),
4. Katarakt ameliyatı, glokom,
5. Rahim, yumurtalık, sistorektosel, bartholin kisti,
6. Trigger finger, her türlü tuzak nöropati, ganglion, kistik higroma, morton nöroma,
7. Üriner sistem taşı kırılması (ESWL) ve cerrahisi, hidrosel, prostat,
8. Omurga ve disk hastalıkları ile ilgili ameliyatlar, faset denervasyon, sinir blokajı,
9. Her türlü organ nakli (transplantasyon)
10. Diz (menisküs lezyonu, bağ yırtığı, vb.), omuz, kalça, dirsek ve benzeri tüm eklem hastalıkları

18. Sünnet İle İlgili Giderler:

Sigortalının sünnet giderlerinin karşılanması için; Bireysel Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında kesintisiz en az 1 yıl sigortalılık süresinin olması ve poliçesinin yenilenmiş olması şartı aranmaktadır.

Sünnet giderlerinin karşılandığı kurumlar web sayfamızın anlaşmalı kurumlar linkinde yer almaktadır.

19. Poliçenin kapsamı dışındaki haller:

Gerçekleşme nedeni ne olursa olsun, aşağıda belirtilen haller ile ilgili tedavi giderleri 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 veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (komplikasyonlara) ilişkin tüm giderler,
4. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı durumda meydana gelen sağlık giderleri,
5. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatışlı tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
6. Anadolu Sigorta Tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesinde anlaşmalı kurumları dışında gerçekleşecek tedavilere ait sağlık giderleri (acil durumlar da dâhil)
7. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan yatışsız ve yatışlı tedavi giderleri,
8. 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.,
9. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar,
10. 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 TC Sağlık Bakanlığı ve SGK'dan onay almamış ya da halen deneysel aşamada olduğu kabul edilen tetkik ve tedaviler, gen terapi, 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), metabolik sendrom tanısıyla ilgili her türlü muayene, tetkik ve tedavi giderleri ile bu tedavilerden doğacak her türlü komplikasyonlara ait giderler, hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili giderler,
11. Poliçede belirtilen "Doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
12. Kısırlık tetkik ve tedavisi (Ovülasyon takibi, HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.), medikal ve cerrahi her tür yapay döllenme (Tüp bebek teminatı almış olan sigortalılar hariç),
13. Üreme organlarıyla ilgili yapısal bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları, cinsiyet değiştirme, isteğe bağlı kürtaj, kısırlaştırma, doğum kontrol yöntemlerine ait giderler
14. Kısırlıkla ilgisi olsun ya da olmasın, her türlü varikozel tetkik ve tedavilerine ait giderler,
15. Yalancı gebelik (psikolojik gebelik) ile ilgili giderler,
16. Motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler,

17. 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,
18. Psikiyatrik hastalık tedavisiyle ilgisi olsun veya olmasın, psikotrop ilaçlar, psikiyatrik hastalıklar, psikiyatri kliniklerinde ve/veya psikiyatri doktorları ve psikologlar tarafından yapılan tetkik ve tedaviler,
19. Çocuk mamaları, çocuk bezleri, biberon ve emzikler; her türlü sabun, şampuan ve solüsyon, alkol ve kolonyalar; hidrofil 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,
20. Tüm aşı ve ilaçlara ait giderler
21. 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,
22. HIV virüsüne bağlı hastalıklar ile zührevi hastalıklar,
23. Organ ve doku nakillerinde vericinin (Donör) masrafları, organ ve doku ücretleri ve organ ve dokunun ulaşım masrafları,
24. Tehlikeli tarzdaki sportif faaliyetlere (Binicilik, sürücülük, dağcılık, tırmanma, kano, rafting, dalgıçlık, paraşütle atlama, gökyüzü kayağı, bungee jumping, sivil havacılık, deltaplan, planör, balon vb.) katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar,
25. Profesyonel veya amatör lisanslı sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar,
26. Sigortalının tazminat talebinde bulunurken veya tedavi görürken yaptığı ulaşım, konaklama masrafları vb.
27. Hangi nedenle olursa olsun diş hekimleri ve çene cerrahlarınca yapılan muayene, tetkik, diş, diş eti tedavisi ile çene tedavilerine ilişkin tüm giderler,
28. Gözlük, cam, çerçeve, lens giderleri; gözde kırılma kusurunun (Myopi, vb.) giderilmesine yönelik müdahaleler ile ilgili giderler,
29. Şaşılık ile ilgili giderler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
30. Poliçede yer almayan teminatlara ilişkin her türlü tetkik ve tedavi giderleri,
31. Genital siğil ve kondilom, nevüs (Ben), horlama ve uyku apne sendromuna ait tüm giderler,
32. Epilepsi (Sara) ile ilgili giderler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
33. Geriatrik rahatsızlıklar, yaşlılıktan ileri gelen bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve alzheimer hastalığı, parkinson,
34. 24 aya kadar çocukların kasık fıtığı ile ilgili giderler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
35. Hallux valgus hastalıklarına ait tüm giderler,
36. Sigortalılarla, birinci ve ikinci derecede kan bağı olan kişilerin yapmış oldukları muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
37. Kordon kanı ve kök hücre alınması, nakli ve işlenmesi ile ilgili tüm giderler,
38. 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 (cerrahinin robotik yapılması durumunda ortaya çıkan ek tedavi giderleri - kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler,
39. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi vb. nedenlerle alınan sağlık kurulu raporu için yapılan giderler,
40. Normal oda dışındaki odalarda kalınması durumunda, suit ve lüks oda farkı,
41. Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),

-
42. Her türlü omurga eğriliği (kifoz, skolyoz,vb,),
 43. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalarla ilgili giderler,
 44. Varlığından haberdar olunsun ya da olunmasın, oluşumunda konjenital (doğumsal), yapısal veya genetik kusurların etkili olduğu hastalıklara ait tüm giderler (ör. AVM, AkSESUAR İleti yolu/WPWV sendromu, ASD, vb.) ve genetik testler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen bebekler hariç) ,
 45. İş yeri hekimlerinin, çalışanların eş ve/veya çocukları için yazmış oldukları ilaç ve/veya tetkiklere ait giderler,
 46. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 98/2 maddesi gereğince, sigortalıların ödemek ile yükümlü oldukları katılım payları,
 47. Yurt dışında gerçekleşen her türlü sağlık harcaması ve yurt dışından getirilen ilaç harcamaları,
 48. Hastanede, tedavi esnasında kullanılan cihaz ve malzemeler haricinde dışarıdan tedarik edilen tüm tıbbi cihaz, malzeme ve benzeri harcama ve giderler,
 49. Her ne nedenle olursa olsun kadınlarda yumurta toplama ve saklama işlemi ile erkeklerde sperm toplama ve saklama işlemine ait tüm giderler,
 - 50- Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejun-ileostomi, barsak kısaltılması vb.),
 50. Türk Ticaret Kanunu'nun 1513. Maddenin 1. fıkrasında 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.

III. KAVRAMLARIN TANIMLARI

Sigortacı: Anadolu Sigorta

Sigortalı: Bu poliçenin maddeleri uyarınca sigortalı olmak üzere başvuru 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.

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

Sağlık kuruluşu: T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı 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 doğum haneleri 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, zayıflama merkezlerini kapsayacak şekilde yorumlanamaz.

Anlaşmalı sağlık kuruluşu: Anadolu Sigorta'nın sağlık sigortalılarına verilecek tıbbi hizmetler için direkt ödeme anlaşması yaptığı sağlık kuruluşlarıdır. Sigortalının, "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: TC. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş sağlık kuruluşlarında (Hastane, klinik ve poliklinik), özel doktor muayenehanelerinde görevli, çalışmaya ehliyetli doktorlarca, hastalıkları tedavi etmek amacıyla yapılan işlemlerdir. Anadolu Sigorta tarafından sigortalanan bir doktorun kendi kendini tedavi etmesi ile ilgili giderler ödenmez.

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

Yatışsız tedavi: Oda ve yemek teminatı verilmeksizin sağlık kuruluşlarında, özel doktor muayenehanelerinde 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 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları gereği, sigortalıya verdiği taahhütlerdir.

Sigorta başlangıç tarihinden önceki rahatsızlıklar: Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıç 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.

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

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.

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 COĞRAFİ 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,

a. 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.

b. 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 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.

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 indirimle ilişkin hükümler saklıdır.

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

Sigorta ücretinin kambiyo senetlerine bağlanması borcun niteliğini değiştirmedigi 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;

- a. Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.
- b. Kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz.
- c. 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:

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

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

- a. 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.

- b. 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.
- c. 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.
- d. 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.

- e. Hakem-bilirkişiler masraf miktarının tespiti bakımından gerekli görecekları delilleri, kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.
- f. 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.

- g. 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 bağının 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 sakli 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.

BİLGİLENDİRME FORMU, POLİÇE VE KATILIM SERTİFİKASI VERME YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Madde 18

A. Genel Hususlar

Sigortalılara bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şarttır.

Bilgilendirme formu ve katılım sertifikası imza karşılığı verilir ve imzalı bir örneği şirkette saklanır.

Ancak; sigortacı ile sigortalıların fiziki olarak karşı karşıya gelmesinin söz konusu olmadığı hallerde veya işin mahiyetinin gerektirdiği durumlarda elektronik ortamda veya sigortalının erişimini mümkün kılan benzeri araçlarla bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilebilir.

Sigortalıların bilgi paylaşımına ilişkin yazılı onayı imza karşılığı verilen bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası aracılığı ile temin edilemez ise teklifname veya izni gösterir bir muvafakatname veya benzeri başka bir yöntemle temin edilir.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının verildiğinin ve bilgi paylaşımına ilişkin onayın alındığının ispat yükümlülüğü Sigortacıya aittir.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının birer örneği sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur.

B.Grup Sigortaları

En az on kişiden oluşan, sigorta ettiren tarafından, belirli kıstaslara göre kimlerden oluştuğunun belirlenebilmesi imkanı bulunan bir gruba dahil kişiler lehine, tek bir sözleşme ile sigorta yapılabilir. Sözleşmenin devamı sırasında gruba dahil herkes sigortadan, grup sigortası sözleşmesi sonuna kadar yararlanır. Sözleşmenin yapılmasından sonra grubun on kişinin altına düşmesi sözleşmenin geçerliliğini etkilemez.

Bilgilendirme formu, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından önce; katılım sertifikası, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından itibaren on beş gün içinde verilir.

Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının verilebilmesi için sigortacı tarafından sigorta ettirenden sigortalılara ait iletişim bilgileri talep edilir. Sigorta ettiren, sigortacının bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı gösterir.

Ancak; sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigorta ettiren tarafından sigortacıya bildirilmemesi nedeniyle bu maddede bahsi geçen yükümlülüğün gereği gibi yerine getirilememesi durumunda sigortacı sorumlu tutulamaz.

Sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigortacı ile paylaşılmaması durumunda; sigortacı, sigortalılara ait bilgilendirme formu ve katılım sertifikalarını sigortalılara verilmesini teminen bu maddede belirlenen usule uygun şekilde sigorta ettirene teslim eder. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur. Sigortacı, sigortalılara ait kişisel sayfaya erişim yöntemi hakkında sigorta ettireni bilgilendirir.

C. Aile Sigortaları

Aile bireylerinin dahil olduğu sözleşmelerde bağımlılar (eş, 18 yaşından küçük çocuklar ve bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler) için, aksi talep edilmedikçe, ayrı bir bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şartı aranmaz.