

ANADOLU SİGORTA

SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Sayın Sigortalımız,

Öncelikle, Şirketimizi tercih ettiğiniz için teşekkür ederiz. Sağlık sigortası poliçeniz ile ilgili olarak sizi aydınlatacağını düşündüğümüz ayrıntılı bilgiler aşağıda sunulmaktadır. Ancak bilgi almak istediğiniz her konuda sağlık sigortası kartınızın arkasındaki telefon numarasını arayarak bize ulaşabilirsiniz. Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda öncelikli olarak Şirketimizi arayarak poliçenizin teminatlarından nasıl yararlanacağınız hakkında bilgi almanızı tavsiye ederiz.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarımız hakkında www.anadolusigorta.com.tr adresinden veya Şirketimizi arayarak bilgi alabileceğinizi hatırlatır, sağlıklı günler dileriz.

I. TEMİNATLARA AİT ÖZEL ŞARTLAR SAĞLIK SİGORTASI POLİÇELERİNİN KAPSAMI

Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi (Anadolu Sigorta), Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Anadolu Sigorta Sağlık Sigortası Özel Şartları çerçevesinde sigortalının, sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalıklarına ait muayene, tetkik ve tedavi giderlerini, poliçesinde belirtilen teminatların kapsamı ve limitleri dahilinde tazmin eder. 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.

Şirketimizde bireysel sağlık sigortası kapsamında kesintisiz en az 4 sene sigortalı olan sigortalılarımıza, bireysel sigortalılıklarının 5. senesinden itibaren ilk teşhisi Şirketimizde bireysel olarak sigortalı oldukları tarihten sonra konulan, doğuştan gelen hastalıklarına ait giderler poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Ödemenin yapılabilmesi için sigortalının, doğuştan gelen hastalığının ilk teşhisini koyan doktorundan, ilk teşhisi kendisinin koyduğunu belirten bir raporu temin ederek Şirketimize göndermesi zorunludur.

Ayrıca, Şirketimizde bireysel sağlık sigortası kapsamında doğum teminatlı bir poliçeye sahip olan ve doğum teminatına hak kazanmış sigortalıların doğan çocukları, doğum tarihinden sonraki 15 gün içinde başvuru formu doldurularak Şirketimize sigortalı olmuş olmaları şartıyla, doğum tarihi itibarıyla Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilerek sigorta kapsamına alınırlar ve bu çocukların doğuştan gelen hastalıklarına ait giderler poliçe kapsamında ödenir.

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

BİLİNMESİ GEREKEN ÖNEMLİ KONULAR

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında kadrolu olmayan doktorların yaptıkları işlemler

Tüm ürünlerde teminatların hepsi için geçerli olmak üzere, yurt içindeki anlaşmalı sağlık kuruluşlarında sigortalılara kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tetkik ve tedavi işlemleri için bu doktorlara ve ekibine (asistan, anestezi uzmanı) ödenecek ücret, Anadolu Sigorta'nın sağlık kuruluşu ile imzaladığı sözleşmede belirtilen ücretler kadar olacaktır. Kadrolu olmayan doktorun talep ettiği ücret kadrolu doktora ödenecek ücretten fazla ise aşan kısım sigortalı tarafından doktoruna ödenecektir. Bu nedenle anlaşmalı kuruluşlarda kadrolu doktorlara tedavi olmayan sigortalıların ameliyat olmadan önce mutlaka Şirketimiz

yetkilileri ile konuşarak, kadrolu doktor için Şirketimizin ödeyeceği tutarı öğrenmeleri ve doktorlarının talep ettikleri ücret ile kadrolu doktor ücretini karşılaştırmaları gerekmektedir.

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında doktorların yaptıkları işlemler

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında ya da muayenehanelerde, doktor ve ekibinin (asistan, anestezi uzmanı) yaptığı tedaviye yönelik işlemler (küçük müdahale, ameliyat, radyoterapi, kemoterapi, diyaliz vb.) ile tanıya yönelik girişimsel tetkikler (kolonoskopi, gastroskopi, sistoskopi, biyopsi, USG eşliğinde biyopsi, anjiyografi, MR eşliğinde anjiyografi vb.) için ödenecek doktor ücreti Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen tutar kadar olacaktır. (Sadece Paket 5 ürünü için geçerli olmak üzere; söz konusu tutar TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutarın 2 katı kadar olacaktır.) Bu nedenle, şirketimizin anlaşmalı olmadığı sağlık kuruluşlarında yaptırılacakları tedavilerden önce sigortalıların şirketimizi arayarak doktorlara ödenecek tutarlar hakkında bilgi almaları çok önemlidir. Çünkü, yukarıda sayılan ve anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yaptırılan işlemler için doktorun talep ettiği tutar, Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret tarifesinde belirtilen tutardan daha fazla olursa, aradaki fark sigortalı tarafından ödenecektir. (Sadece Paket 5 ürünü için geçerli olmak üzere; söz konusu tutar TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutarın 2 katından daha fazla olursa aradaki fark sigortalı tarafından ödenecektir.)

Yurtdışında yapılan tedaviler

Sadece poliçelerinde yurt dışı tedavi teminatları olan sigortalılar için geçerlidir.

Yurtdışında yapılan tedaviler için ödenecek tutarlar poliçelerdeki yurtdışı teminat tablolarında ayrıca belirtilmektedir. Özellikle belirtmek gerekir ki; yurtdışındaki ayakta ve yatarak tedavi giderleri poliçelerde belirtilen limitlere kadar ödenmektedir. Bu nedenle yurtdışında planlı olarak tedavi olacak sigortalılar, yurtdışına gitmeden önce olabilecekleri tedavi hakkında Şirketimize bilgi vermeli ve bu tedavi için ödenecek tutar hakkında Şirket yetkililerimizden bilgi almalıdırlar.

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

Ancak, sigortalıların yatarak tedavi görecekları sağlık kuruluşlarının asistans firma ile anlaşması bulunmuyorsa sigortalılar sağlık giderlerini sağlık kuruluşuna kendileri ödeyecek daha sonra fatura ve ilgili raporları Şirketimize iletecekler; ödeme, poliçe genel ve özel şartları çerçevesinde sigortalıların banka hesaplarına yapılacaktır. Sigortalılar yurt dışındaki ayakta tedavi giderlerini önce kendileri ödeyecekler, sonra ödenmek üzere fatura ve ilgili evrakları Şirketimize göndereceklerdir.

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

Ameliyatların sınıflandırılması

Poliçede belirtilen teminat tablolarındaki ameliyatların sınıflandırılmasında Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi esas alınmaktadır. Bu tarifede olmayıp Teminat Tablolarında belirtilen Ekstra Büyük Ameliyat sınıfına, tek başına birimi 2500 ve daha üstü olan ameliyatlar girmektedir.

Anlaşmalı kurum indiriminden faydalanılması

Sadece yatarak tedavi giderlerini kapsayan poliçe sahibi sigortalılarımız, anlaşmalı sağlık kuruluşlarımızda ayakta tedavi giderlerini kendileri karşılarken Şirketimizin anlaştığı indirimli fiyatlar üzerinden ödeme yaparak avantaj elde ederler.

Ekonomik ürünlerin özellikleri

Ekonomik ürünlerden birini satın alan sigortalılar, daha az prim ödeyerek, sadece Şirketimizin daha uygun fiyatlar üzerinden anlaşma yaptığı sağlık kuruluşlarında tedavi olmayı ve yurtdışındaki sağlık giderlerinin karşılanmayacağını kabul etmişlerdir. Ekonomik ürünlere sahip olan sigortalıların aşağıda

belirtilen acil durumlar dışında ekonomik ürünlerin geçmediği ve sigortacının anlaşmalı olmadığı sağlık kuruluşlarındaki (T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile Devlet Üniversite Hastaneleri hariç) sağlık giderleri karşılanmaz. Bu durumun iki teminat için istisnası bulunmaktadır. Birincisi, ekonomik ürünlere sahip sigortalıların acil olmayan durumlarda gittikleri anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarındaki doktor muayene giderleri, poliçede belirtilen ödeme oranı dâhilinde Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutara kadar ödenecektir. İkincisi ekonomik ürün sahibi sigortalıların anlaşmalı olmayan eczanelerdeki ayakta ilaç giderleri karşılanacaktır. Buna ek olarak, anlaşmasız sağlık kuruluşlarından temin edilen yardımcı tıbbi malzemelere ait giderler poliçede belirtilen teminatın limit ve ödeme oranı dahilinde ödenecektir.

Eko Planda anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında sadece aşağıda belirtilen acil durumlarda yapılan işlemlere ait giderler poliçede belirtilen teminat limiti dahilinde ödenecektir.

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

Ekonomik ürünler kapsamında olan sigortalılar için aşağıdaki sağlık kuruluşları ve bu sağlık kuruluşlarına sahip olan firmaların ileriki tarihlerde sahip olacakları yeni sağlık kuruluşları Şirketimizin anlaşmalı sağlık kuruluşu olarak değerlendirilmez.

Acıbadem Sağlık Grubu

Amerikan Hastanesi Grubu

Florence Nightingale Grubu

International Hospital Grubu

Liv Hospital

Diğer: İntermed Tıp Merkezi, İntermed Maslak Polikliniği, İntermed Bebek Laboratuvarı

TEMİNATLARIN AÇIKLAMALARI

Aşağıda Şirketimizin sağlık sigortası ürünlerindeki teminatlara ilişkin açıklamalar yer almaktadır. Sigortalılar, aşağıda açıklamaları yapılan teminatlardan, poliçelerinde bu teminatlar varsa yararlanabileceklerdir. Sigortalılar poliçelerinde bulunmayan teminatlardan yararlanamazlar.

A. Ayakta tedavi teminatları

Ayakta doktor muayenesi, ilaç, tanı, fizik tedavi ve TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde tek başına birimi 150 birimden aşağı olan küçük ameliyatlara (Kırıklara alçı uygulanması, derideki yaraların dikişi, gözden yabancı cisim çıkarılması vb.) ilişkin giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilir. Tedavi süresi 24 saati aşmayan ve/veya müşahede (Gözlem) onayı verilen vakalarda tüm giderler Ayakta Tedavi Teminatı dahilinde ödenir.

1. Doktor muayene giderleri:

Bu teminat sadece poliçelerinde doktor muayene teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

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

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

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

2. İlaç giderleri (Ayakta):

Bu teminat sadece poliçelerinde ayakta ilaç teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

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

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

Eklem içerisine zerk edilen ilaçlar bu teminattan karşılanır.

0-6 yaş arası çocukların koruyucu aşıları ve tüm sigortalıların kuduz, tetanos ve grip aşıları bu teminat kapsamında karşılanır.

Tedavi için hayati önem taşıyan, Türkiye'de muadili olmayan ve Türk Eczacılar Birliği tarafından yurt dışından ithal edilen ilaç giderleri sigortacının onay vermesi koşuluyla karşılanır.

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

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

3. Tanı birimleri giderleri (Ayakta):

Bu teminat sadece poliçelerinde ayakta tanı teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

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

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

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

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yapılan tanıya yönelik girişimsel tetkiklerin doktor ücretleri için ödenecek tutar, Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret tarifesinde belirtilen tutar kadar olacaktır. (Sadece Paket 5 ürünü için geçerli olmak üzere; söz konusu tutar TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutarın 2 katı kadar olacaktır.)

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

Radyolojik işlemler sırasında kullanılan ilaç ve malzeme giderleri Tanı (ayakta) teminatından ödenecektir. Sigortalıların, tetkik yaptırmak için gittikleri sağlık kuruluşlarına mutlaka kendilerini muayene eden doktor tarafından doldurulacak sevk kağıdı ve tazminat talep formu ile birlikte başvurularını zorunludur. Tazminat talep formu ve/veya doktor raporu olmayan tetkiklere ait tedavi giderleri ödenmeyecektir.

4. Küçük müdahale (küçük ameliyat) giderleri:

Yurt içinde ayakta veya yatarak gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın, hastane veya doktor muayenehanesinde genel veya lokal anestezi altında veya anestezi olmadan tedaviye yönelik olarak yapılan ve birimi Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'nde 150 birime kadar olan girişimlere (Kırıklara alçı uygulaması, derideki yaraların dikişi, gözden yabancı cisim çıkarılması, mide yıkanması vb.) ilişkin her türlü gider, ilgili teminatlar kapsamında değerlendirilecek olan doktor muayene ve teşhis giderleri hariç olmak üzere, poliçede belirtilen limit ve oran dahilinde ödenir. Küçük Müdahale Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme, ilaç, pre- op kan tahlili ve müdahaleyi yapan doktor ücretleri bu teminattan karşılanır.

Doktor muayene, ayakta tanı ve ayakta ilaç teminatı olmayan poliçelerde küçük müdahale ile ilgili olsa dahi; işlem öncesi ve sonrası yapılabilecek her türlü muayene, laboratuvar ve radyoloji gibi tetkikler ile reçete edilen ilaçlara ait giderler poliçe kapsamında değildir. (Bu cümlenin istisnası olarak sadece kırık, çıkık ve burkulmalarda müdahale öncesi yapılan doktor muayene ve röntgen giderleri bu teminattan karşılanır.)

Yurt dışında yapılan küçük müdahalelerde yurt dışında geçerli olan teminat limiti kadar ödeme yapılacaktır.

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

Aynı seansta yapılan birden fazla müdahaleler, birimleri toplamı 150 ve daha yukarıda olsa bile, eğer içlerinde tek başına birimi 150 ve daha yukarıda olan bir müdahale yok ise, küçük müdahale teminatı kapsamında değerlendirilir.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında veya doktor muayenehanelerinde yapılan küçük müdahalelerde operatör doktora ödenecek ücret, TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutar ile sınırlıdır. (Sadece Paket 5 ürünü için geçerli olmak üzere; söz konusu tutar TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutarın 2 katı kadar olacaktır.)

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

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yapılan ve TBB'de adı geçmeyen ameliyatlara ilişkin ödenecek ücret, anlaşmalı kurumlar içerisindeki emsal teşkil eden hastane ile şirketimiz arasında yapılan anlaşmada belirtilen tutarı ile sınırlıdır.

5. Fizik tedavi giderleri:

Bu teminat sadece poliçelerinde fizik tedavi teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

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

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında veya doktor muayenehanelerinde yapılan fizik tedavilerde doktora ödenecek ücret, TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutar ile sınırlıdır. (Sadece Paket 5 ürünü için geçerli olmak üzere; söz konusu tutar TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutarın 2 katı kadar olacaktır.)

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

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

6. Check up:

Sadece bu teminata sahip olan sigortalılara web sitemizde belirtilen bu işlem için anlaşmalı olduğumuz sağlık kuruluşlarında yaptırılması şartıyla, aşağıdaki tetkiklere ait giderler yılda 1 kez ve %100 oranında karşılanır.

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

Bu teminat 14 (dahil) ve üstündeki yaşlarda olan sigortalılar için geçerlidir.

B. Yatarak tedavi teminatları:

Ameliyatlı ve/veya ameliyatsız yatarak tedaviler, sigortalının yatmasını gerektirmeyen ve TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde tek başına birimi 150 veya daha yukarıda olan cerrahi ve ortopedik müdahalelere ilişkin giderler yatarak tedavi kapsamında değerlendirilir. Ancak,

- Yatış süresi 24 saati aşmayan ameliyatsız tedavilere ilişkin giderler Ayakta Tedavi Teminatları dahilinde karşılanır.
- Tetkik amaçlı yatışlar, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamı dışındadır.

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

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

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

1. Ameliyat giderleri:

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

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

Operatör doktor ve ekibine ödenecek ücret: Sigortalıların dikkat etmeleri gereken diğer önemli bir konu da; ameliyatı gerçekleştirecek olan doktorun operatör ücreti olarak alacağı tutarın ameliyat olmadan önce öğrenilmesi ve bu tutarın poliçe kapsamında ödenip ödenmeyeceğinin sigorta şirketine sorulmasıdır. Özellikle, anlaşmalı sağlık kuruluşlarında hastanenin kadrolu doktoruna değil de dışarıdan getirilen bir doktora ameliyat olan sigortalılar için bu konu önemlidir.

Çünkü,

Anlaşmalı sağlık kuruluşunda yapılan bir ameliyat için operatör doktor ve ekibi (Asistan, anestezi uzmanı) dışarıdan getirildiği takdirde, operatör doktor ve ekibine ödenecek ücret, en fazla, ameliyatın yapıldığı sağlık kuruluşunun sigortacıyla yaptığı sözleşmede belirtilen kadrolu doktor ücreti kadar olacaktır.

Dışarıdan gelen doktorun talep ettiği ücret, sigorta şirketinin kadrolu doktor ve ekibi için sağlık kuruluşuna ödeyeceği tutardan fazla olursa aradaki farkı sigortalı ödemek zorunda kalacaktır.

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında ya da muayenehanelerde yapılan ameliyatlarda operatör doktora ve ekibine (asistan, anestezi uzmanı) ödenecek ücret Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen tutar kadar olacaktır. (Sadece Paket 5 ürünü için geçerli olmak üzere; söz konusu tutar TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutarın 2 katı kadar olacaktır.)

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

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

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yapılan ve TBB'de adı geçmeyen ameliyatlar için ödenecek ücret, anlaşmalı kurumlar içerisindeki emsal teşkil eden hastane ile şirketimiz arasında yapılan anlaşmada belirtilen tutar ile sınırlıdır.

2. Hastane oda-yemek-refakatçi giderleri:

Sigortalının yatarak tedavi görmesi halinde, sağlık kuruluşlarında yatarak tedavisini gerektiren her vakada, her tam gün için oda-yemek-refakatçi giderleri poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Lüks oda veya suit oda gibi odalarda yatış halinde, yatak, yemek ve refakatçi giderleri için, tedavi olunan hastanenin tek kişilik özel oda giderleri kadar ödeme yapılır. Aradaki fark sigortalı tarafından ödenir.

3. Yoğun bakım giderleri:

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

4. Doktor takibi giderleri:

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

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

Sigortalının anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarındaki doktor takibi giderleri Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutar kadar karşılanır. (Sadece Paket 5 ürünü için geçerli olmak üzere; söz konusu tutar TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutarın 2 katı kadar olacaktır.) Faturadaki tutar TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen doktor takibi tutarından fazla ise bu tutar sigortalı tarafından ödenecektir. (Sadece Paket 5 ürünü için geçerli olmak üzere; TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen doktor takibi tutarının 2 katından fazla ise aradaki tutar sigortalı tarafından ödenecektir.)

5. İlaç giderleri (Yatarak):

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

6. Tanı birimleri giderleri (Yatarak):

Yatarak tedavi sırasında gerçekleşen tanı birimleri giderleri, poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yapılan tanıya yönelik girişimsel tetkiklerin doktor ücretleri için ödenecek tutar, Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret tarifesinde belirtilen tutar kadar olacaktır. (Sadece Paket 5 ürünü için geçerli olmak üzere; söz konusu tutar TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutarın 2 katı kadar olacaktır.)

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

C. Diğer teminatlar:

1. Doğum giderleri:

Bu teminat sadece poliçelerinde doğum teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

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

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

Gebe kalınması halinde sorunlu bir gebelik yaşanıp yaşanmayacağına veya önceki gebelik döneminde yapılan bir düşüğün nedeninin araştırılmasına yönelik giderler poliçe kapsamında değildir.

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

Zorunlu kürtaj, ancak gebelik süresince anne ve bebeğin sağlığını tehlikeye sokan durumlarda ve bu durumun doktor raporu ve USG ile belgelenmesi koşuluyla bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Ebeveynleriyle veya ebeveynlerinden biriyle birlikte çocuk statüsünde sigortalı olan bayanlar Doğum Giderleri teminatından yararlanamazlar.

Yeni Doğan Bebek İle İlgili Giderler: Doğumun hemen sonrasında, bebek hastaneden çıkmadan, sağlıklı yeni doğan bebekle ilgili olarak yapılan muayene, rutin tetkik ve kontrollere ait giderler doğum teminat limitleri dahilinde ödenir. Şirketimizde bireysel sağlık sigortası kapsamında doğum teminatlı bir poliçeye sahip olan ve doğum teminatına hak kazanmış sigortalıların doğan çocukları, doğum tarihinden sonraki 15 gün içinde başvuru formu doldurularak Şirketimizde sigortalanmış olmaları şartıyla, doğum tarihi itibarıyla Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilerek sigorta kapsamına alınırlar ve bu çocukların doğuştan gelen hastalıklarına ait giderler poliçe kapsamında ödenir. Bu bebeklere, bazı ameliyatlar için uygulanan 1 yıllık ameliyat bekleme süreleri uygulanmaz. Bebeğin doğum tarihi itibarıyla sigortalınması ve doğuştan gelen rahatsızlıklarının poliçe kapsamında karşılanabilmesi için anne ile birlikte aynı planda sigortalınması ve ilk yenileme poliçesinde de anne ve bebeğin aynı planda yer alması gerekmektedir.

Doğum tarihinden itibaren 15 gün içinde sigortalınmak için başvurusu yapılmayan, sigortalınma başvurusu daha sonraki tarihlerde yapılan çocuklar başvuru tarihi itibarıyla ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilerek sigortalınacaklar ancak bu çocukların doğuştan gelen hastalıklarına ait giderler ödenmez. Bu nedenle sigortalıların doğacak çocuklarının doğuştan gelen hastalıklarının ödenebilmesi için çocuklarını doğum tarihlerinden sonraki 15 gün içinde sigorta kapsamına almaları büyük önem taşımaktadır.

Diğer sigorta şirketlerinden birinde sigortalılıkları sona erdikten sonra Anadolu Sigorta tarafından sağlık sigortası kapsamına alınan sigortalılara da ilk yıl doğum teminatına ait giderler ödenmez.

2. Gebelik mutad kontrolleri:

Bu teminat sadece poliçelerinde doğum teminatı ve gebelik mutad teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

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

Diğer sigorta şirketlerinden birinde sigortalılıkları sona erdikten sonra Anadolu Sigorta tarafından sağlık sigortası kapsamına alınan sigortalılara da ilk yıl doğum mutad kontrolleri ile ilgili giderler ödenmez.

3. Kemoterapi ve radyoterapi giderleri:

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

tetkikleri ve komplikasyonlarının tedavisi dahil olmak üzere, poliçe özel ve genel şartları dahilinde bu teminattan ödenir.

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

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

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

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarındaki kemoterapi/radyoterapi işlemleri için doktora ödenecek ücret, TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirlenen tutar kadar olacaktır. (Sadece Paket 5 ürünü için geçerli olmak üzere; söz konusu tutar TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutarın 2 katı kadar olacaktır.)

4. Rehabilitasyon giderleri:

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

5. Evde bakım giderleri:

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

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

6. Diyaliz giderleri:

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

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

Yurt içinde anlaşmalı kuruluşlar dışında yapılan diyalizlerde, doktora ödenecek ücret, TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirlenen tutar kadar olacaktır. (Sadece Paket 5 ürünü için geçerli olmak üzere; söz konusu tutar TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutarın 2 katı kadar olacaktır.)

7. Suni uzuv giderleri:

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

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

8. Trafik kazası sonucu dış tedavisi giderleri:

Bu teminat sadece policerlerinde trafik kazası sonucu dış tedavisi teminatı olan sigortalılar için geçerlidir. Sigortalının trafik kazası sonucu dış tedavisi ile ilgili giderleri, T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş hastane, klinik ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli dış doktorlarınca yapılması halinde policede belirtilen limit ve police özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Trafik kazası sonucu hasar gören dişlerin her türlü tedavi giderleri (Diş ve diş eti cerrahisi dahil) diğer teminatların kapsamı dışındadır. Trafik kazası sonucu meydana gelen diş rahatsızlıklarına ait tedavi giderlerinin ödenebilmesi için, sigortalının kazayı takip eden 90 gün içinde tedavisini yaptırmış olması; trafik kaza raporu ve dişlerin hasar gördüğüne dair adli raporun fatura ile birlikte sigorta şirketine ibraz edilmesi gerekmektedir. Trafik kazası sonucu dişlerin uğradığı hasarların giderilmesi dışındaki dış tedavilerine ait giderler ödenmez.

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

9. Yardımcı tıbbi malzeme teminatı:

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

10. Kontrol amaçlı mamografi ve meme ultrasonografisi:

40 ve üstü yaşlardaki bayan sigortalıların kontrol amaçlı yaptırdıkları mamografi, meme ultrasonografisi ve bu tetkiklerin değerlendirilmesine ait muayene giderleri, sigortalının belirlediği ve anlaşmalı sağlık kuruluşları listesinde ayrı bir tabloda belirttiği sağlık kuruluşlarında yaptırmaları şartıyla, yılda 1 kez ve %100 oranında karşılanacaktır. Mamografi, meme ultrasonografisi ve muayene giderleri, bu işlemlerin aynı sağlık kuruluşunda yapılması şartı ile ödenecektir. Diğer anlaşmalı sağlık kuruluşlarında ya da anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yaptırılan kontrol amaçlı mamografi ve meme ultrasonografisine ait giderler police kapsamında değildir.

11. PSA (Prostat Spesifik Antijen):

40 ve üstü yaşlardaki erkek sigortalıların kontrol amaçlı yaptırdıkları PSA ve bu tetkikin değerlendirilmesine ait muayene giderleri, sigortalının belirlediği ve anlaşmalı sağlık kuruluşları listesinde ayrı bir tabloda belirttiği sağlık kuruluşlarında yaptırmaları şartıyla, yılda 1 kez ve %100 oranında karşılanacaktır. PSA tetkiki ve muayene giderleri, bu işlemlerin aynı sağlık kuruluşunda yapılması şartı ile ödenecektir. Diğer anlaşmalı sağlık kuruluşlarında ya da anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yaptırılan PSA tetkikine ait giderler police kapsamında değildir.

12. Kolonoskopi:

Poliçesinde bu teminata sahip 50 ve üstü yaşlardaki tüm sigortalıların kontrol amaçlı yaptıkları kolonoskopi tetkikine ait giderler, sigortacının belirlediği ve anlaşmalı sağlık kuruluşları listesinde ayrı bir tabloda belirttiği sağlık kuruluşlarında yaptırılması şartıyla, yılda 1 kez ve %100 oranında karşılanacaktır. Diğer anlaşmalı sağlık kuruluşlarında ya da anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yaptırılan kolonoskopi tetkikine ait giderler poliçe kapsamında değildir. Kontrol amaçlı kolonoskopi esnasında tespit edilebilecek hastalıklara ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilmeyecektir.

13. Ameliyat sonrası fizik tedavi giderleri:

Ameliyat veya yoğun bakım gerektiren bir tedavi sonrası, hastaneden taburcu olunan tarihi takip eden iki ay içerisinde gerçekleşen ve söz konusu tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri, ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın teminatın limitleri, poliçenin özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında veya doktor muayenehanelerinde yapılan fizik tedavilerde doktora ödenecek ücret, TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutar ile sınırlıdır. (Sadece Paket 5 ürünü için geçerli olmak üzere; söz konusu tutar TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutarın 2 katı ile sınırlıdır.)

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

14. 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 sigorta kartlarının arkasında yazılı olan telefon numarasından arayarak, ücretsiz olarak, danışmanlık hizmeti alabilecekler ve bir doktor eşliğinde kara ambulansı hizmetinden yararlanabileceklerdir. Sigorta Şirketinin anlaşmalı olduğu firma, İstanbul dışında örgütlendiği il ve ilçelerde de bu hizmeti verecektir. İstanbul dışındaki sigortalılar aradığında Alarm Merkezi, yerleşim merkezine en yakın ambulansı doktor eşliğinde sigortalının adresine yönlendirecektir. Gelen ekip sigortalıyı evde tedavi edebileceği gibi, gerekirse uygun bir sağlık kuruluşuna götürecektir. Sigortalılar, aşağıda belirtilen "Acil Durumlarda" 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 her vakada poliçe özel ve genel şartları ve poliçede belirtilen limit dahilinde ödenir.

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

Suda boğulma, trafik kazası, yüksekte düşme, uzuv kopması, elektrik çarpması, donma, soğuk çarpması, ısı çarpması, ciddi yanıklar, 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).

15. Yurt içi hava ambulansı teminatı:

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

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

16. Yurt dışı hava ambulansı teminatı:

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

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

17. Yenidoğan kuvöz teminatı:

Bu teminattan, doğum teminatlı bir poliçeye sahip olup, doğum teminatlı bir poliçede bir yılını tamamlayarak doğum teminatına hak kazanmış olan ve yeni doğan çocuğunu doğum tarihinden sonraki 15 gün içinde başvuru formu doldurup başvurarak Şirketimizde doğum teminatlı bir poliçede sigortalayan sigortalılar yararlanacaklardır. Bu teminat, yeni doğan bebeklerin doğumdan sonra kuvözde kalmaları nedeniyle oluşan tedavi giderlerini poliçede belirtilen limit dahilinde karşılamak amacıyla verilmektedir. Birden fazla sayıda çocuk doğması ve çocukların kuvözde kalmaları durumunda, her bir çocuk ayrı ayrı poliçede belirtilen yeni doğan kuvöz teminatına sahip olacaktır.

Sahip oldukları poliçede doğum teminatı olmayan sigortalıların çocuklarının ve doğum teminatlı bir poliçeye sahip olsalar da doğum tarihinden sonraki 15 gün içinde başvuru formu doldurarak Şirketimize çocuklarını doğum teminatlı bir poliçede sigortalatmayan sigortalıların çocuklarının kuvöz masrafları ödenmeyecektir.

18. İleri tanı teminatı:

Direkt radyolojik tetkikler ve laboratuvar tetkikleri (Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi Kitapçığında direkt radyolojik incelemeler ve laboratuvar incelemeleri konu başlığı altında geçen tetkikler), EKG, EMG, EEG, deri prick testi, deri yama testi, her türlü kültür ve smear alımı ve incelemesi ile ilgili giderler haricindeki tüm tanı işlemlerine ait giderler bu teminattan karşılanacaktır.

İleri tanı teminatından ödenecek işlemlerden bazıları bilgi amacıyla aşağıda belirtilmiştir:

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

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

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yapılan tanıya yönelik girişimsel tetkiklerin doktor ücretleri için ödenecek tutar, Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret tarifesinde belirtilen tutar kadar olacaktır. (Sadece Paket 5 ürünü için geçerli olmak üzere; söz konusu tutar TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen tutarın 2 katı kadar olacaktır.)

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

Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner VCT Anjiyo ve Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'nde EBT (Elektron Beam Tomografi) konu başlığı altında geçen tüm tetkikler, sanal anjiyo ve sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler poliçe kapsamı dışındadır.

19. Menopoz giderleri teminatı:

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

Kurumsal sağlık sigortası poliçesinden bireyselle geçiş yapan sigortalılar ile farklı sigorta şirketlerinden geçişler için de 1 yıl bekleme süresi şartı aranacaktır. Paket 1, Sağlıkta Fırsat, Sağlıkta Maksi Fırsat ve bu ürünlerin Eko ve Check-up'lı versiyonlarına sahip sigortalıların, yatışlı ve yatışsız tedavi teminatlı ürünlere geçiş yapmaları halinde; mevcut planlarında geçirmiş oldukları süreler kazanılmış hak sayılacaktır. Buna

göre; Paket 1, Sağlıkta Fırsat, Sağlıkta Maksı Fırsat ve bu ürünlerin Eko ve Check-up'lı versiyonlarına sahip sigortalıların, en az 1 yılını doldurması halinde yeniden bekleme süresi uygulanmayacaktır.

20. Senin Yanında Hizmeti:

Kanser hastası olan sigortalılarımızın günlük yaşantıları içinde ihtiyaç duyulabilecekleri ve aşağıda belirtilen destekleyici hizmetler anlaşmalı olduğumuz asistans firma aracılığıyla sigortalılarımıza verilecektir. Bu hizmetten yararlanmak isteyen sigortalılarımız, Şirketimize 0850 744 0 444 numaralı telefonda 7 gün 24 saat boyunca ulaşabilirler. Bu hizmet kapsamında, organizasyon asistans firma tarafından sağlanacak olup, hizmet bedeli sigortalılarımıza ait olacaktır.

Bu kapsamda verilen hizmetler:

A. Kanserın Etkileri ile Mücadele ve Koçluk

Sağlıklı Beslenme Hakkında Bilgilendirme

Asistans firmamızın anlaşmalı diyetisyenleri tarafından telefon ile verilen; kişisel beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi, gıda endüstrisi ile ilgili soruların genel hatları ile cevaplandırılması (Organik, Sağlıklı veya Kanserojen madde içeren gıdalar), hastalık tedavisine yönelik uygulanması gereken tıbbi beslenme tedavileri ve kişiye özgü beslenme programları hakkında genel bilgilendirme hizmetidir.

Hastalık Psikolojisi ile Mücadele Hakkında Bilgilendirme

Sigortalılarımızın teşhis, tedavi veya rehabilitasyon sürecinde ihtiyaç duyabileceği desteğin ve bilgilendirmenin telefonda psikolog tarafından verilmesidir.

Kanser İle İlgili Faaliyet Gösteren Kurum ve Kuruluşlar Hakkında Bilgilendirme

Kanserden korunma, kanser tedavisi, kanserli hasta ve ailelerine destek hizmeti veren resmi, özel ve sivil toplum kuruluşları, iletişim bilgileri ve konu ile ilgili sürdürdükleri faaliyetler hakkında telefon ile bilgi verilmesidir.

Estetik (tıbbi olmayan) ve Kozmetik Hizmetler

Peruk temini ve bakımı hakkında bilgilendirme, organik makyaj malzemeleri temini, bakımlı görünüm için makyaj teknikleri kursu gibi sigortalılarımızın tedavi sürecinde ihtiyaç duyacağı tıbbi olmayan estetik ve kozmetik hizmetler hakkında bilgi verilmesidir.

B. İkinci Görüş

Kanser ön tanısı veya tanısı konan sigortalılarımızın hastalıkları ile ilgili detaylı bilgi edinmelerini ve tedavilerinin yeterliliği konusunun araştırılmasına imkan veren bir hizmettir. Bu hizmet, hem yurt içinde hem de yurt dışında doktor raporu, tetkik sonuçları gibi gerekli evrakların sigortalılarımız tarafından temin edildikten sonra, sigortalılarımızın tıbbi dosyasının, konunun uzmanı Türk ve/veya yabancı hekimlerin görüşüne sunulması suretiyle sağlanmaktadır.

C. Kemoterapi/Radyoterapi İçin İlgili Merkeze Nakil Hizmetleri

Sigortalılarımızın talep etmesi durumunda ilgili merkeze sigortalının nakli organize edilmektedir. Nakiller sigortalılarımızın bedensel zarar ya da hastalığına uygun bir araç ile taksi, engelli aracı veya nakil ambulansı ile gerçekleştirilir.

D. Evde Bakım Destek Hizmetleri

Sigortalılarımızın, ameliyat, kemoterapi veya radyoterapi sonrası ihtiyaç duyacağı evde bakımı için konutuna hemşire, doktor veya hasta bakıcı gönderilmesi hizmetlerinin organize edilmesidir.

E. Pediatrik Onkolojide Sosyal Destek

0-18 yaş arası kanser tanısı konmuş sigortalılarımız için düşünülmüş olan bu hizmet ile çocuklar ve gençler için sosyal aktiviteler, eğlence, parti veya gezi organizasyonlarının yapılması, oyuncak, kitap ve benzeri hediyelerin temini organize edilmektedir.

F. Kanser Tarama

Bu hizmet, sigortalılarımızın birinci derece akrabalarında da kanser olma olasılığı düşünülerek hazırlanmıştır. Kanser olma olasılığının yüksek olduğu doktor raporu ile belgelenmesi durumunda ilgili kişilerin kanser tarama testlerinin yaptırılması işlemleri organize edilmektedir.

G. Evcil Hayvan Bakımı

Kanser gibi bir hastalıkla savaşmaya başlayan sigortalılarımızın, sahip oldukları evcil hayvanın yemeğini ve suyunu temin etmek, temizliğini sağlamak, bazı konularda eğitmek gibi birçok uygulamayı yapamaz hale gelmeleri durumunda, bu hizmet destekleyici olmaktadır.

II. UYGULAMALARA AİT ÖZEL ŞARTLAR

1. Poliçelendirme:

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

30 (dahil) yaşına kadar bekar çocuklar aile indiriminden (%10 oranında) yararlanarak aile poliçesinde bağımlı olarak sigortalanabilirler.

Bir kişi Anadolu Sigorta'nın birden fazla bireysel sağlık sigortası poliçesi kapsamında yer alamaz. Şirketimizde bireysel sağlık sigortası kapsamında doğum teminatlı bir poliçeye sahip olan ve doğum teminatına hak kazanmış sigortalıların doğan çocukları, doğum tarihinden sonraki 15 gün içinde başvuru formu doldurularak Şirketimize sigortalanmış olmaları şartıyla, doğum tarihi itibarıyla Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilerek sigorta kapsamına alınırlar ve bu çocukların doğuştan gelen hastalıklarına ait giderler poliçe kapsamında ödenecektir.

Doğum tarihinden itibaren 15 gün içinde sigortalanmak için başvurusu yapılmayan, sigortalanma başvurusu daha sonraki tarihlerde yapılan çocuklar başvuru tarihi itibarıyla ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilerek sigortalanacaklar ancak bu çocukların doğuştan gelen hastalıklarına ait giderler ödenmeyecektir. Bu nedenle sigortalıların doğacak çocuklarının doğuştan gelen hastalıklarının ödenebilmesi için çocuklarını doğum tarihlerinden sonraki 15 gün içinde sigorta kapsamına almaları büyük önem taşımaktadır.

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

c. Sigorta şirketi sigorta kapsamına almadan önce;

- 55 yaş ve üzerindeki sigortalı adaylarından,
- Boy-kilo endeksi (Boy-Kilo Endeksi=Kilo(kg)/ Boy² (m)) 35'in üzerinde olan sigortalı adaylarından,
- Yukarıda tanımlanan her iki kapsamda da olmamasına rağmen, Şirket doktorlarımız tarafından tetkik yaptırmayı gerekli görülen sigortalı adaylarından, sigorta kapsamına alınmadan önce Şirketimizin belirlediği tetkiklerin yaptırılması talep edilecektir.

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

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

d. Poliçe başlangıç tarihinden sonra bağımlılarının sayısı artarsa, sigorta kapsamına dahil edilecek bağımlılar için yeni kabul formu doldurulması ve eğer bağımlı yeni doğan çocuksa yeni doğan çocuğun sağlık durumunu ayrıntılı olarak yansıtan doktor raporu ve eğer bağımlı eş ise evlilik cüzdanı gibi resmi belgelerin sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir. Sonradan bağımlı özelliği kazanan aile bireyleri, bağımlılık özelliğini kazandıkları tarihten itibaren en geç 30 gün içinde sağlık sigortası kapsamına alınmalıdırlar. Sigorta başlangıç tarihinden sonra poliçe kapsamına alınan bağımlıların ödeyecekleri prim, kazanılmış gün esasına göre hesaplanır.

e. Sigortalının yaşı, poliçe düzenlendiği tarihten kişinin doğum tarihinin gün/ay/yıl olarak çıkarılmasıyla bulunur. Check-up, kontrol mamografisi, PSA ve kolonoskopi teminatlarının geçerli

olması için de bu hesaplama dikkate alınır.

- f. Şirketimizde kurumsal sağlık sigortası kapsamında olup, işten ayrılma, emeklilik veya grubun Şirketimizle yaptığı sözleşmenin sona ermesi durumunda bireysel poliçe başvurusu yapan kişiler için, Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olup olmadığı da dikkate alınarak, tıbbi risk değerlendirmesi yapılmaktadır. Bireysel poliçenin başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar için muafiyet uygulanabilmekte veya bu hastalıklar için ek prim alınabilmektedir. Doğum için 1 yıllık bekleme süresi uygulanmakta, bazı ameliyatlar için geçerli olan 1 yıllık bekleme süresi ise kurumsal poliçede 1 yılını tamamlayan sigortalılar için uygulanmamaktadır.

2. Poliçenin yürürlüğe girmesi:

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

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.

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

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, sigortacı yeni bir sağlık beyanı isteme hakkına sahiptir. Yenileme dönemlerinde düşük limitli doğum teminatı olan bir paketten daha yüksek limitli doğum teminatı olan bir pakete geçen sigortalıların, o yıl içerisindeki doğum giderleri, paket değişikliği sırasında mevcut bir hamilelik var ise, bir önceki düşük teminatlı paketin doğum teminat limitleri dahilinde ödenecektir.

5. Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulamaları

Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanma

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

4. yılın sonunda yapılan ilk değerlendirmede Ömür Boyu Yenileme Garantisi almaya hak kazanamayan sigortalılar, her yıl poliçe yenileme dönemlerinde son 4 yıllarındaki tazminat/prim oranlarına bakılmak suretiyle, tekrar Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesine alınacaklardır. Her yıl yapılan değerlendirmeler sonucunda 64 yaşına kadar Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanamayan sigortalıların ve 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 Ömür Boyu Yenileme Garantisine 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. Anadolu Sigorta'da, sigorta kapsamına alınan ve 18 (dahil) yaşına kadar olan çocuklar sigorta

başlangıç tarihi itibarıyla Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanacaklardır.

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

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

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerdeki uygulamalar

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

Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, 1 aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Anadolu Sigorta'ya bireysel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerden yenileme garantisi hakkı devralınmayan ya da önceki şirketinde yenileme garantisi verilmeyen kişilerin Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanıp kazanmadıkları ile ilgili değerlendirme, Anadolu Sigorta'daki 2. yıllarının sonunda yapılacaktır. Bu sigortalılardan 2. senelerinin sonunda her bir yıl için poliçelerinde ödenen tazminatların primlere oranları %100'ün altında olanlara Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilecektir. 2. senelerinin sonunda Ömür Boyu Yenileme Garantisi alamayan bu sigortalıların bir sonraki yıl Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmeleri yapılırken son 3 senelerindeki her bir yıl için tazminat/prim oranlarına bakılarak değerlendirme yapılacaktır. 3. senesinin sonunda Ömür Boyu Yenileme Garantisi alamayan sigortalıların bir sonraki yıl Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi yapılırken son 4 senesindeki her bir yıl için tazminat/prim oranlarına bakılacaktır. 4. senesinin sonunda Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanamayan sigortalıların Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmeleri her yılın sonunda son 4 senelerine bakılarak yapılacaktır.

Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, 1 aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Anadolu Sigorta'ya bireysel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişiler, Anadolu Sigorta'daki sigorta başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan hastalıkları kapsam dışı bırakılarak ve/veya bu hastalıklar için ek prim alınarak sigortalanabileceklerdir. Uygun bulunması halinde, diğer sigorta şirketinde hak edilmiş olan hasarsızlık indirimi, Şirketimiz uygulamaları doğrultusunda, devir alınabilecektir. Ayrıca bazı ameliyatlar için geçerli olan 1 yıllık bekleme süreleri, diğer sigorta şirketinde 1 yılını tamamlayan ve poliçe bitim tarihinden itibaren 1 ay içinde Şirketimize başvuruda bulunan sigortalılar için uygulanmamaktadır. Doğum ve gebelik ile ilgili giderler için de 1 yıl bekleme süresi uygulanacaktır. Bu durum diğer sigorta şirketindeki yenileme garantisi hakkı devir alınan ya da alınmayan herkes için geçerlidir. Sigorta başlangıç tarihi olarak, Anadolu Sigorta'daki başlangıç tarihi esas alınacaktır.

Diğer sigorta şirketlerinden Şirketimize geçiş yapılması durumunda, bir önceki sigorta şirketinden yenileme garantisi bulunan kişilerin bu hakları, yapılacak risk değerlendirmesi sonucunda "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" olarak devir alınabilecektir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmanın avantajları

Sigortalıların, Anadolu Sigorta'da Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazandıkları tarihten sonra ortaya çıkan hastalıkları, yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmayacak ve söz konusu hastalıklar için hastalık ek primi alınmayacaktır. Bunun yanında bir önceki poliçeleri için ödenen tazminat tutarının alınan net prim tutarına bölünmesiyle bulunacak oran dikkate alınarak, bir sonraki

sene geçerli olacak poliçelerinin prim tutarlarına Hasarsızlık İndirimi ve Ek Prim Tablosu'nda belirtilen ek prim oranları uygulanmayacak; hasarsızlık indirimleri uygulanacaktır.

Hasarsızlık indirimi oranları kişilere özeldir. Duruma göre ailedeki bir fert için hasarsızlık indirimi uygulanırken, diğerleri için uygulanamayabilecektir.

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

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı şartlarının değişmesi

Sigortalının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunduğu veya sigorta teminatlarının kötü niyetle kullanıldığı tespit edilmesi durumunda, Anadolu Sigorta söz konusu hastalığa muafiyet veya ek prim uygulayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi koşullarını değiştirebilir, hastalığa ilişkin yaptığı ödemelerle ilgili olarak sigortalıya rücu edebilir, Ömür Boyu Yenileme Garantisini kaldırabilir veya poliçeyi iptal edebilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış olan sigortalıların askere gitmeleri durumu

Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış olan ve askere gitme nedeniyle poliçelerini iptal eden sigortalıların, askerlik görevlerini bitirdikten sonraki 1 ay içinde başvurmaları ve askerlik durumlarını belgelemeleri koşuluyla sağlık beyan formu doldurarak 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 (*)		ŞADECE 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.

Yatarak tedavilerini Sosyal Güvenlik Kurumu üzerinden yaptıran ve bu nedenle Sigorta Şirketine tasarruf ettirdiği tutar bir sene sonra yenilenecek poliçesine uygulanacak tazminat ek priminden yüksek olan sigortalıların yenilenecek poliçelerine tazminat ek primi uygulanmayacaktır.

- Poliçenin ilk 2 senesinde önemli bir hastalığı ortaya çıkan sigortalıların bir sonraki sene yenilenecek poliçelerinde, bu hastalıkları için hastalık ek primi alınabilmektedir. Poliçenin yenilendiği 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. İnsiyatif sigortacıya aittir.
- 0-17 (17 dahil) yaş aralığındaki çocuklar, bireysel sağlık sigortası kapsamında ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalanabileceklerdir. Bu durumda aşağıda belirtilen oranlarda ek prim uygulanarak poliçe düzenlenebilecektir;

YAŞ	STANDART PRİM TUTARINA UYGULANACAK OLAN SÜRPRİM ORANLARI
0	% 100
1-3	% 50
4-6	% 30
7-17	% 10

İlişkili 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.
- ÖBYG sahibi sigortalılarımızın 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 kabul formunda verdiği tüm bilgilerin tam ve doğru olduğu kabul edilerek düzenlenmiştir. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacı sözleşmeyi yapmama veya iptal etme hakkına sahiptir.
- 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.

- b. Sözleşme sona ererse,
- c. Eğer bağımlı bağımlılık niteliğini yitirirse. Sigortalının boşandığı eşinin poliçesi boşanma günü itibarı ile iptal edilir. Evlenen çocukların poliçeleri evlenme tarihleri itibarı ile iptal edilir. Bekar çocuklar 31 yaşına girdikleri yıl poliçe yenileme döneminde aile poliçesi kapsamında çıkartılırlar. 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 "Ayakta Tedavi Direkt Ödeme Anlaşması" gereği sigortalı adına "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarına" yapmak zorunda kaldığı ödemeler için de geçerlidir.

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

10. Yatarak tedavi öncesi ön onay alınması:

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

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 önce ya da yatarak 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 başvurusu durumunda, anlaşmalı kurum 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 giderlerine ait fatura ve gerekli belgeleri Şirketimize ulaştırması gerekmektedir. Tedavi giderleri poliçe özel ve genel şartlarına göre değerlendirilerek ödenmesi gereken tazminat tutarı sigortalının hesabına ödenir.

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

- a. Tazminat Talep Formu (Tazminat Talep Formu'nun ilgili bölümlerinin sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kuruluşu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- b. Tüm giderlerin fatura asılları ve fatura dökümleri,
- c. Yatarak tedavilerde operasyon raporu ve/veya hasta çıkış epikrizi,

- d. Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- e. Tedavi gerektiren durumun trafik kazası sonucu meydana gelmesi halinde, alkol raporu, adli rapor ve trafik kazası raporu; trafik kazası dışında bir kaza olması durumunda ise alkol raporu, adli rapor ve sigortalı beyanı,
- f. Reçetenin aslı, ilaç kupürleri ve eczaneden alınan kasa fişi veya fatura, (ilaç kupürlerinin reçeteye yapıştırılarak gönderilmesi),
- g. Sinüzit ameliyatlarından önce sigortalıya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,
- h. Fizik tedavilerinde, tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb) ve ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü),
- i. Yurtdışında yapılan tedavilere ait rapor ve tetkiklerin Türkçe tercümeleri, ödemenin yapıldığına dair belge (kredi kartı ekstresi veya kredi kartı slibi, havale dekontu)
- J. Kemoterapi tedavi şeması.
- Tazminat ödemeleri sigortacı tarafından sigortalının banka hesabına on-line olarak yapılmaktadır. Tazminat ödemesine ilişkin bilgiler Sigorta Bilgi Merkezi'ne aktarılacaktır.

14. Yurtdışı tedaviler:

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

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

15. Sigortalının vefatı:

Sigortalının hastalığı veya yaralanması sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda; tedavisi için yapılmış olan giderler, poliçenin kapsamı ve teminatları dahilinde olmak kaydıyla, tazminat talebi için gereken belgeleri tamamlayan kanuni varislerine ödenir. Sigortacı, tazminatın ödendiği tarih itibariyle 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.

16. Poliçe şartlarında değişiklik yapılması:

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

17. 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 alacağına, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur. İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır. Bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir.

Sigortalının yazılı olarak poliçesinin iptalini istemesi halinde;

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

18. Sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan ve 1 yıl süreyle ameliyat giderleri kapsam dışında bırakılan rahatsızlıklar aşağıda belirtilmiştir. Malign (kötü huylu) tümörler için 1 yıllık bekleme süresi uygulanmaz.

1. Siğil, lipom, kist sebace(yağ bezesi),
2. Varis, anorektal hastalıklar (hemoroid, anal fissür, fistül, anal abse, vb.), sinüs pilonidalis (kist dermoid sakral), kist hidatik, kolonoskopi ve gastroskopilerde polipektomi ve 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

19. Septum deviasyonu ve konka hipertrofisi ile ilgili giderler:

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

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

Kurumsal sağlık sigortasında Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanmış olan sigortalılar için de, aynı koşullar geçerli olacaktır. Daha açık ifadeyle, sigortalının, Şirketimizin bireysel sağlık sigortası portföyünde kesintisiz en az 4 yıl sigortalı olup, "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı elde etmiş olması ve "Septum deviasyonu ve konka hipertrofisi rahatsızlıkları" ile ilgili giderlerinin Şirketimizde bireysel sağlık sigortası kapsamında sigortalı olduğu sürede ortaya çıkması koşullarıyla, ilgili rahatsızlığına ilişkin giderleri poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde karşılanır.

20. Poliçenin kapsamı dışındaki haller:

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

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
2. Sigortalıların, poliçelerinde de belirtilen ve kapsam dışı bırakılan hastalıklarına ve bu hastalıkların komplikasyonlarına ait giderler,
3. Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (komplikasyonlara) ilişkin tüm giderler
4. Alkol ve madde bağımlılığı tedavileri ile ilgili giderler, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı sonucu meydana gelen rahatsızlıklara ve kazalara ilişkin giderler, ehliyeti olmayan sigortalıların araç kullanırken kaza yapmaları sonucunda oluşan her türlü sağlık giderleri, kavgaya karışma, bilerek ve isteyerek kendine zarar verme sonucu oluşan tedaviler ile ilgili giderler vb.,
5. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar,
6. Sigortalının kazaen yaralanmasının gerektirdiği müdahaleler dışındaki her türlü estetik amaçlı yapılan müdahaleler, varis sklerozan tedavisi(skleroterapi); kozmetik amaçlı tedaviler, alopesi (saç dökülmesi), saç ekimi, hirsutizm (kılınma), jinekomasti tetkik ve tedavileri vb., meme küçültme ve büyütme; ortoptik tedavi, deri nemlendirici ve temizleyici preparatlar, tatlandırıcılar; şişmanlık tetkik ve tedavisi, diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç vb. maddeler, asteni, şifa kürleri, çamur banyoları, karantina, akupunktur, masaj, mezoterapi, hidroterapi, manyetoterapi, ses ve konuşma terapileri vb.; huzurevi, sanatoryum, kaplıcalar, jimnastik ve güzellik salonları, ayak bakım merkezleri ve poliçede belirtilen "Sağlık Kuruluşu" tanımına uymayan kuruluşlardan alınan faturalar; alternatif tıp tedavi masrafları, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan Food And Drug Administration (FDA) kurumundan onay almamış ya da halen deneysel aşamada olduğu kabul edilen tetkik ve 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,
7. Poliçede belirtilen "Doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
8. Kısırlık tetkik ve tedavisi (Ovülasyon takibi, HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.), medikal ve cerrahi her tür yapay döllenme, üreme organlarıyla ilgili yapısal bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları, cinsiyet değiştirme, her türlü sünnet (Phimozis nedeniyle olsa bile), isteğe bağlı kürtaj, kısırlaştırma, doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,
9. Kısırlıkla ilgisi olsun ya da olmasın, her türlü varikozel tetkik ve tedavilerine ait giderler,
10. Yalancı gebelik (psikolojik gebelik) ile ilgili giderler,
11. Motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler, (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
12. Sigorta Şirketinin verdiği check up teminatı dışındaki genel sağlık kontrolü ve check-up mahiyetindeki doktor muayene giderleri, periyodik kontroller ve doktorun herhangi bir rahatsızlığın araştırılması için istediği, ancak bu rahatsızlıkla ilgili olmayan tetkik giderleri,
13. Psikiyatrik hastalık tedavisiyle ilgisi olsun veya olmasın, psikotrop ilaçlar, psikiyatrik hastalıklar, psikiyatri kliniklerinde ve/veya psikiyatri doktorları ve psikologlar tarafından yapılan tetkik ve tedaviler,
14. Çocuk mamaları, çocuk bezleri, biberon ve emzikler; her türlü sabun, şampuan ve solüsyon, alkol ve kolonyalar; 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,

15. 0-6 yaş arasındaki çocukların rutin aşıları ve tüm sigortalıların kuduz, tetanos ve grip aşısı dışında kalan aşıları ve bu aşılarla ilgili test giderleri,
16. Her türlü alerji testi ve alerji aşılarına ilişkin giderler,
17. Hepatit markerleri (0-6 yaş arasındaki çocuklar hariç),
18. Teminat dışı bir durum nedeniyle ameliyat ve doğum teminatı ile ilgili ödeme yapılmaması halinde, ödenmeyen durum için yapılan her türlü doktor, ilaç, tanı, oda-yemek-refakatçi harcamaları ve her türlü harcama,
19. AIDS ve HIV virüsüne bağlı hastalıklar ile zührevi hastalıklar,
20. Organ ve doku nakillerinde vericinin (Donör) masrafları, organ ve doku ücretleri ve organ ve dokunun ulaşım masrafları,
21. 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,
22. Profesyonel veya amatör lisanslı sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar,
23. Reçetesiz, faturasız ve kupürsüz alınan ilaç bedelleri ile faturasız diğer masraflar,
24. Sigortalının tazminat talebinde bulunurken veya tedavi görürken yaptığı ulaşım, konaklama masrafları vb.,
25. Hangi nedenle olursa olsun diş hekimleri ve çene cerrahlarınca yapılan muayene, tetkik, diş, diş eti tedavisi ile çene tedavilerine ilişkin tüm giderler (Ancak poliçesinde trafik kazası sonucu diş tedavisi giderleri teminatı olan sigortalıların trafik kazası sonucu oluşan diş giderleri teminat limitleri dahilinde karşılanır),
26. Gözlük, cam, çerçeve, lens giderleri; gözde kırılma kusurunun (Myopi, vb.) giderilmesine yönelik müdahaleler ile ilgili giderler,
27. Şaşılık ile ilgili giderler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
28. Poliçede yer almayan teminatlara ilişkin her türlü tetkik ve tedavi giderleri,
29. Akne (Sivilce), folikülit, komedon, genital siğil ve kondilom, nevüs (Ben), horlama ve uyku apne sendromuna ait tüm giderler,
30. Epilepsi (Sara) ile ilgili giderler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
31. Geriatrik rahatsızlıklar, yaşlılıktan ileri gelen bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve alzheimer hastalığı, Parkinson,
32. 24 aya kadar çocukların kasık fıtığı ve hidrosel ile ilgili giderleri (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
33. Septum deviasyonu, konka hastalıkları, hallux valgus hastalıklarına ait tüm giderler, (Septum deviasyonu ve konka hastalıkları ile ilgili giderlerin ödenebileceği haller Uygulamalara Ait Özel Şartlar kısmında açıklanmaktadır.)
34. Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner VCT Anjiyo ve Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'nde EBT (Elektron Beam Tomografi) konu başlığı altında geçen tüm tetkikler, sanal anjiyo ve sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
35. Sigortalılarla, birinci ve ikinci derecede kan bağı olan kişilerin yapmış oldukları muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
36. Kordon kanı ve kök hücre alınması, nakli ve işlenmesi ile ilgili tüm giderler,
37. Tıbbi malzeme ve yardımcı tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne ad ve isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli (Robotik cerrahi işleminin yapılabildiği, bu işlem için özel anlaşma yapılmış kurumlar haricinde robotik cerrahi kullanım-kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler,
38. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi vb. nedenlerle alınan sağlık kurulu raporu için yapılan giderler,

39. Normal oda dışındaki odalarda kalınması durumunda, suit ve lüks oda farkı,
40. Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
41. Her türlü omurga eğriliği (kifoz, skolyoz, vb.), (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç)
42. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalarla ilgili giderler,
43. Varlığından haberdar olunsun ya da olunmasın, oluşumunda konjenital (doğumsal), yapısal veya genetik kusurların etkili olduğu hastalıklara ait tüm giderler (ör. AVM, Aksesuar İleti yolu/WPWW sendromu, ASD, vb.) ve genetik testler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç)
44. Her ne nedenle olursa olsun kadınlarda yumurta toplama ve saklama işlemi ile erkeklerde sperm toplama ve saklama işlemine ait tüm giderler,
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 ödenmez.
47. Türk Ticaret Kanunu'nun 1513. Maddenin 1. fıkrasında yer alan yer alan c ve d maddelerince ödenmesi gereken "sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası" ve "sigortalının, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya kararlaştırılan gündelik bakım parası" poliçe kapsamında karşılanmamaktadır.

III. KAVRAMLARIN TANIMLARI

Sigortacı: Anadolu Sigorta.

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

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

Eş: Sigortalının kanuni olarak evli olduğu kişidir.

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

- 24 saat hasta bakımı sağlayan,
- Teşhis, tedavi ve cerrahi müdahaleye ehliyetli,
- Bir veya birden çok hekimin her zaman müdahaleye hazır olduğu,
- Doğum amacı ile açılmış özel 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. Sigortacının, "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları Listesi"nde poliçe döneminde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

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

Tedavi: TC. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş ve K.K.T.C. sağlık bakanlığınca yetki belgesi 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 yatarak tedavi: Sigortalının yukarıdaki tanıma uygun bir "Sağlık Kuruluşu"nda yatılı hasta olarak oda ve yemek masrafı tahakkuk ettirerek tedavi görmesidir.

Ayakta tedavi: Oda ve yemek teminatı verilmeksizin sağlık kuruluşlarında, özel doktor

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 Sigorta Sağlık Sigortası Özel Şartları gereği, sigortalıya verdiği taahhütlerdir.

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

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

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

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

Türk Tabipler Birliği (TTB) Asgari Ücret Tarifesi: Hastalara verilen tıbbi hizmetlerdeki (Doktor ücreti, tetkik ücreti) asgari ücretin her 6 aylık dönem için geçerli olan katsayılarla belirlendiği ve ameliyatların sınıflandırıldığı kitapçığı ifade eder.

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.

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 öğleyin 12:00'de başlar ve öğleyin 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 esaslı 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 esaslı 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 değiştirmedeği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da hâle getirmez.

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Madde 9

A. Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

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

B. Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

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

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

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

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

- 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 verecekları 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 sırların saklı tutulmasından sorumludur.

TEBLİĞ VE İHBARLAR

Madde 14

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

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

YETKİLİ MAHKEME

Madde 15

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

ZAMAN AŞIMI

Madde 16

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

ÖZEL ŞARTLAR

Madde 17

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

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.