

ANADOLU RİSKLİ HASTALIKLAR SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. TEMİNATLARA AİT ÖZEL ŞARTLAR

1.1. POLİÇE KAPSAMI

Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi (Anadolu Sigorta), Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası Özel Şartları çerçevesinde sigortalının, sigorta başlangıç tarihinden sonra (bekleme süresi uygulanan hallerde bekleme süresinin bitiminden sonra) bu poliçe kapsamında aşağıda belirtilen hastalıklardan birinin ortaya çıkması halinde poliçede belirtilen tutarı öder.

Bu poliçe kapsamındaki hastalıkların teşhis ve tedavisi için yapılan giderler sigorta teminatına dahil değildir.

Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası'nda ilk ortaya çıkan hastalık için teşhis konulduktan sonra, tazminat ödemesi yapılır.

Bu poliçe kapsamında sadece bir hastalık için ödeme yapılacak olup diğer hastalıklar için ödeme yapılmayacaktır.

Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası poliçe kapsamında olan hastalıklar:

1. Amiyotrofik Lateral Skleroz (ALS)
2. Aort Ameliyatı
3. Aplastik Anemi
4. Beyin Anevrizması Ameliyatı
5. Böbrek Yetmezliği (Son Dönem)
6. Büyük Yanıklar
7. İnme ve Felç
8. Kalp Kapakçığı Değişim Ameliyatı
9. Kalp Krizi (Miyokard Enfarktüsü)
10. Kanser
11. Kol ve/veya Bacak Kaybı
12. Koma
13. Koroner Arter By-pass Ameliyatı
14. Körlük
15. Majör Organ Nakli
16. Multiple Skleroz (MS) hastalıkları

1.2. TEMİNATLARIN AÇIKLAMALARI

Aşağıda Şirketimizin Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası teminatlarına ilişkin açıklamaları yer almaktadır.

Sigortalılar poliçelerinde bulunmayan teminatlardan yararlanamazlar.

1.2.1. Amiyotrofik Lateral Skleroz (ALS)

Amiyotrofik Lateral Skleroz (ALS), primer motor korteks, beyin sapı ve medulla spinalisteki motor nöronların dejenerasyonu ile kendini gösteren ilerleyici bir hastalıktır. Kesin tanısı için üç bölgede üst ve alt motor nöron bulguların klinik, elektrofizyolojik veya histopatolojik olarak kanıtlanması gereklidir. Tazminat değerlendirmesi için kesin tanıyı gösterir nöroloji uzman hekim raporu ve tanıyı destekler tetkik sonuçlarının sunulması zorunludur.

Alt motor nöron ve/veya üst motor nöron tutulumunu açıklayabilecek başka bir hastalığı telkin eden elektrofizyolojik ve histopatolojik verilerin ya da var olan klinik ve elektrofizyolojik bulguları görüntüleme yöntemleriyle açıklayabilecek verilerin olmaması gereklidir.

1.2.2. Aort Ameliyatı

Torasik veya abdominal aortun anevrizması, tıkanıklığı, koarktasyonu veya travmatik çatlağını torakotomi veya laparotomi yoluyla onarmak için yapılan ameliyattır. Tazminat ödemesinin değerlendirilebilmesi için ameliyat raporu ve epikriz gönderilmelidir.

1.2.3. Aplastik Anemi

Kandaki her üç hücresel bileşenin (alyuvar, akyuvar, kan pulcukları) azalması sonucu meydana gelen hastalıktır.

Tazminat talebinde hematoloji uzman hekim raporu ile birlikte aşağıdaki kriterlerin belirtildiği kan tetkiklerinin sunulması

gereklidir:

Periferik Kanda Sitopeni

Kemik İliği Sellüleritesi

Aşağıdakilerin en az ikisinin olması

Nötrofiller < 500/mm³

< %25 veya %25-50 ve hematopoietik elemanlar < %30

Trombositler < 20.000/mm³

Düzeltilmiş rekülosit oranı < % 1 veya 40.000/mm³

1.2.4. Beyin Anevrizması Ameliyatı

Beyin anevrizması, beyindeki atardamar duvarının zayıflaması sonucu ortaya çıkan, sıklıkla damarların çatallanma bölgelerinde görülen bir balonlaşma olup, sadece cerrahi tedavisi tazminat kapsamındadır. Damar içi tedavi (tıkama, koilleme) kapsam dışıdır. Beyin anevrizmasını gösteren beyin anjiyografisi, beyin tomografisi-anjiyografisi, manyetik rezonans görüntüleme sonucunun, beyin cerrahisi uzmanının raporu eşliğinde tazminat talebinde sunulması gereklidir. Tazminat ödemesinin değerlendirilebilmesi için ameliyat raporu ve epikriz gönderilmelidir.

1.2.5. Böbrek Yetmezliği (Son Dönem)

Son dönem böbrek yetmezliği, her iki böbreğin de işlevini geri dönüşümsüz ve tümüyle kaybetmesi sonucu diyaliz ve böbrek nakli gerektiren durumdur. Devam eden diyaliz tedavileri ve böbrek nakli gerekliliği, bir nefroloji uzmanının raporu ile doğrulanmalıdır.

1.2.6. Büyük Yanıklar

Erişkinlerde % 25'ten fazla 2. derece yanıklar veya %10'dan fazla 3. derece yanıkları; çocuklarda % 20'den fazla 2. derece yanıklar veya %10'dan fazla 3. derece yanıkları kapsar. Tazminatın değerlendirilebilmesi için yanığa ilişkin hekim raporu gönderilmelidir.

1.2.7. İnme-Felç

Beyin dokusunun enfarktüsüne, beyin kanamasına veya beyin dışındaki bir oluşuma bağlı olarak meydana gelen emboli sonucunda 24 saatten fazla süren ve nörolojik hasara sebebiyet veren serebrovasküler durumdur. Tazminat talebinde nörolojik hasarın daimi olduğuna ve en az üç aydan bu yana devam ettiğine ilişkin doktor raporu sunulmalıdır. Geçici iskemik atak kapsam dışıdır.

1.2.8. Kalp Kapakçığı Değişim Ameliyatı

Bir veya birden fazla kalp kapakçığının cerrahi olarak prostetik kalp kapakçığı ile değiştirilmesidir. Bu ameliyat, yetmezlik, darlık veya her iki etkenin birlikte bulunduğu durumlarda, aort, pulmoner, triküspit ve mitral kapakçığın yerine prostetik kapakçık takılmasını kapsar. Kapak onarımı, valvulotomi, valvuloplasti kapsam dışıdır. Tazminat ödemesinin değerlendirilebilmesi için ameliyat raporu ve epikriz gönderilmelidir.

1.2.9. Kalp Krizi (Miyokard Enfarktüsü)

Kalp kasının yetersiz kan akımı nedeniyle kısmi ölümü olarak tanımlanan Kalp Krizi (Miyokard Enfarktüsü) dışındaki tüm kardiyolojik hastalıklar kapsam dışıdır.

Vakanın Miyokard Enfarktüsü olarak tanımlanabilmesi için, kardiyak biyobelirteçlerden en az bir değer referans sınırının üstünde olması ile birlikte, aşağıdakilerden en az birinin varlığı gereklidir:

- Yeni veya yeni olduğu düşünülen anlamlı ST-segmenti-T dalgası (ST-T) değişiklikleri veya yeni sol dal bloğu (SoDB),
- EKG'de patolojik Q dalgalarının gelişmesi,

Tazminatın ödenebilmesi için kesin tanıyı gösterir kardiyoloji uzman hekim raporu ve raporu destekler tetkik sonuçlarının sunulması zorunludur.

1.2.10. Kanser

Hücrelerin kontrolsüz bir biçimde çoğalıp, doku içine ve diğer dokulara yayılması ile karakterize bir hastalıktır. Tanı histopatolojik olarak kanıtlanmalıdır. Bu hastalık tanımına aşağıdakiler dâhil değildir:

- a. Prekanseröz lezyonlar ve in situ kanserler,
- b. HIV ve Kaposi Sarkomu (HHV8) virüsü mevcudiyeti halinde ortaya çıkan kanserler,
- c. Malign Melanom dışındaki tüm cilt kanserleri,

Tazminatın ödenebilmesi için kesin tanıyı gösterir onkoloji uzman hekim raporu ve raporu destekler tetkik sonuçlarının sunulması zorunludur.

1.2.11. Kol ve/veya Bacak Kaybı

Bacak veya kolun bilekten yukarı kısımlarının geri dönüşümü olmayacak biçimde kaybidir. Sakatlığın kalıcı olduğuna ilişkin, görüntüleme yöntemiyle birlikte uzman bir hekim raporu iletilmelidir.

1.2.12. Koma

En az 96 saat boyunca yaşam destek sistemlerinin kullanımını gerektiren, kalıcı nörolojik hasara neden olan, dış uyaran veya iç ihtiyaçlara yanıtızlık ile karakterize bilinç kaybı halinde komaya ilişkin tazminat ödenir. Tazminat talebinde hastanede yatışa ilişkin tüm evrakların gönderilmesi gereklidir. Poliçe kapsamı dışındaki hallerin neden olduğu komaları kapsamaz.

1.2.13. Koroner Arter By-pass Ameliyatı

Koroner damarın daralması veya tıkanması nedeniyle bir veya daha fazla kalp damarının açılması için yapılacak olan açık kalp ameliyatıdır (By-pass). Ameliyatın gerekliliği koroner anjiyografi ile kanıtlanmalıdır. Balon anjiyoplasti, stent konulması, lazer tekniği ve diğer damar içi müdahaleler teminat kapsamı dışındadır. Tazminat ödemesinin değerlendirilebilmesi için ameliyat raporu ve epikriz gönderilmelidir.

1.2.14. Körlük

Her iki gözde de ortaya çıkan, klinik olarak teşhis edilen geri dönüşümü olmayan tam ve kalıcı görme kaybidir. Körlük raporu bir göz hastalıkları uzmanı hekim tarafından verilmelidir. Cihaz veya implant ile görmeye toplam veya kısmi iyileşme sağlanabilir ise tazminat ödenmez.

1.2.15. Majör Organ Nakli

Son dönem organ yetmezliği nedeniyle, işlevini yitirmiş organın yerine kalp, karaciğer, ince bağırsak, pankreas, akciğer, böbrek veya kemik iliği nakli yapılmasıdır. Tazminat ödemesinin değerlendirilebilmesi için işlem raporu ve epikriz gönderilmelidir.

1.2.16. Multipl Skleroz

Beyin ve omurilikte demiyelinizasyon ile tipik olan bir merkezi sinir sistemi hastalığıdır. Tazminatın ödenebilmesi için nörolojik bulgularla biçimlenen hastalığın en az iki atakla ortaya çıkması, belirtilerinin en az 6 aydan beri devam etmiş olması ve nöroloji uzmanı bir hekim tarafından görüntüleme teknikleriyle teşhis edilmesi gerekir.

2. UYGULAMALARA AİT ÖZEL ŞARTLAR

2.1. POLİÇELENDİRME

- Sigortalanma yaşı 18 - 60 (dahil) yaştır. 70 yaş ve sonrası için poliçe teminatı verilmeyecektir. Şirketimizden Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası altında tek bir ürün alınabilir. Bir kişi Anadolu Sigorta'nın birden fazla Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası poliçesi kapsamında yer alamaz. Şirketimizde ya da diğer sigorta şirketlerinde, bireysel ve/veya kurumsal özel sağlık sigortası olan sigortalıların, Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası yaptırmak istemeleri halinde, mevcut devam eden özel sağlık sigortası poliçelerine ait kazanılmış hakları Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası'na devredilmeyecektir.
- Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası poliçesi altında birden fazla kişi yer alamaz. Her bir fert için ayrı poliçe düzenlenecektir.
- Sigortalının yaşı, poliçe düzenlendiği tarihten kişinin doğum tarihinin gün/ay/yıl olarak çıkarılmasıyla bulunur.
- Diğer şirketlerden veya Şirketimiz bireysel ya da grup poliçelerinden geçiş (transfer) uygulaması Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası ürününde bulunmamaktadır.

2.2. POLİÇENİN YÜRÜRLÜĞE GİRMESİ

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

2.3. BEKLEME SÜRESİ

Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası teminatı için sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 ay bekleme süresi uygulanır.

2.4. SİGORTA SÖZLEŞME SÜRESİ

Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası sözleşme süresi 1 yıldır. Poliçe dönemi içerisinde teşhis edilmesi koşulu ile 3 ay olan bekleme süresini tamamlayan sigortalı için poliçe limiti dahilinde özel ve genel şartlara istinaden tazminat ödemesi yapılacaktır. Tazminat ödemesi yapılan sigortalının 1 yıllık poliçe priminin tamamına sigorta şirketi hak kazanacak olup poliçe primi sigortalıya iade edilmeyecektir.

Poliçe başlangıç tarihinden itibaren 3 ay içinde rizikonun gerçekleşmesi halinde poliçe tazminat ödenmeksizin sona erer ve sigortacının kazanılmış gün esasına göre hak ettiği prim hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir. Poliçe başladıktan sonra 1 ay içerisinde iptal talebi geldiğinde tazminat ödemesi yoksa poliçe başlangıcından iptal edilir.

Poliçenin teminatları, poliçede belirtilmiş olan başlangıç tarihinde saat 00:01 itibarıyla başlar, poliçede belirtilmiş olan bitiş

tarihinde saat 00:01 itibarıyla sona erer. (Örneğin; Poliçenin teminatları, 01.01.2019 tarihinde saat 00:01 itibarıyla başlar, 01.01.2020 saat 00:01 itibarıyla sona erer.) Yeni akdedilen poliçelerde ve kesintisiz olmayan şekilde yenilenen poliçelerde ilk 3 ay içerisinde bekleme süresi olduğundan teminatlar bu sürenin bitiminde başlayacaktır.

Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası poliçesi, sigortalının bir önceki dönem poliçesine ait tazminat ödemesi bulunmaması ve bir üst pakete geçiş talebi olmaması halinde yenilenecektir. Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası poliçesinin yenileme olarak kabul edilebilmesi için, yeni poliçenin en geç bir önceki poliçenin vade bitimini izleyen 30 gün içinde bir önceki poliçenin vade bitim tarihi itibarıyla yürürlüğe girecek şekilde yenilenmiş olması gerekmektedir. Kesintisiz yenilenen poliçede bekleme süresi uygulanmayacaktır. Kesinti söz konusu olduğunda, kesintiyi izleyen ilk poliçe için bekleme süresi uygulanacaktır.

Bir poliçenin bitim tarihinden sonra henüz yenileme yapılmadan önce ortaya çıkan hastalıklar, teminat kapsamında değildir.

Sigortalı Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası poliçesine devam ederken herhangi bir hastalığının ortaya çıkması halinde sigorta şirketine beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta şirketinin sigortalıdan güncel sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimini isteme ve sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırma hakkı saklıdır. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar sigortalı tarafından karşılanacaktır.

Süresi sona ermiş, ancak vadesinde yenilenmemiş poliçeler için hakların kaybı söz konusu olabilecektir. Poliçeler, bitimini takiben en geç 30 gün içinde yenilenmelidir.

Bir önceki yıl Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası kapsamında ortaya çıkan hastalığına ilişkin toplu tazminat ödemesi yapılan sigortalının Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası poliçesi yenilenmeyecektir.

2.5. PAKET DEĞİŞİKLİĞİ

Sigortalının poliçe yenileme dönemlerinde limiti daha yüksek plana geçişi sigortalının bu durumu onaylaması koşuluna bağlıdır. Daha yüksek teminatlı bir ürüne geçiş taleplerinde, sigortacı yeni bir sağlık beyanı isteme hakkına sahiptir.

Şirketimizin diğer bireysel ya da kurumsal sağlık sigortası ürünlerinden Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası'na geçişlerde hak devri olmayacaktır.

2.6. ANADOLU RİSKLİ HASTALIKLAR SİGORTASI'NDA ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ UYGULAMASI BULUNMAMAKTADIR.

2.7. BEYAN EDİLMİYEN HASTALIKLAR NEDENİYLE POLİÇENİN İPTALİ VEYA HASTALIKLARIN KAPSAM DIŞINDA BIRAKILMASI

- Bu poliçe, sigortalının başvuru formunda verdiği tüm bilgilerin tam ve doğru olduğu kabul edilerek düzenlenmiştir. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacı sözleşmeyi yapmama veya iptal etme hakkına sahiptir.
- Poliçe kapsamında bulunan sigortalının, poliçe genel şartlarına ve uygulama esaslarına ters düşen kasıtlı olarak yarar sağlama amacı güden bir girişimde bulunması durumunda, 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.

2.8. SİGORTACININ RÜCU HAKKI

Sigortacı, sigortalının ve/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.

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

2.9. SİGORTALININ DOKTORA MUAYENE ETTİRİLMESİ VE İNCELEME YAPILMASI

Sigortacı, bir tazminat talebinin işlem görmesi sırasında gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı belirleyeceği doktora muayene ettirme hakkına sahiptir. Sigortacı, gerek görmesi halinde, sigortalının Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası poliçesine ait tazminat talebini ödemediği 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 özgeçmişini hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını, e-nabız uygulamasındaki tıbbi kayıtlarını isteme hakkına da sahiptir. Anadolu Sigorta, sigortalılarının sağlık bilgileri ile ilgili her türlü detayı Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne ve sigortacılık hizmetiyle ilişkili üçüncü şahıslara aktarabilecektir.

2.10. UYGULANAN HATALI TEDAVİLER

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

2.11. TAZMİNAT İŞLEMLERİ

Sigortalıya yapılacak olan tazminat ödemesinin değerlendirilmesi ve/veya 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. Yatışlı 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. 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),
- h. Yurt dışında yapılan tedavilere ait rapor ve tetkiklerin Türkçe tercümelemleri, ödemenin yapıldığına dair belge (kredi kartı ekstresi veya kredi kartı slibi, havale dekontu)
- j. Kemoterapi ve radyoterapi tedavi şeması.

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

Tazminat ödemesine ilişkin bilgiler Sigorta Bilgi Merkezi'ne aktarılacaktır.

2.12. YURT DIŞI TEDAVİLER

Yurt dışında yapılan teşhis ve tedavi giderlerine ait faturalar ve bu tedavilere ait rapor ve tetkik sonuçlarının, bu belgeler İngilizce dışında bir dilde ise, Türkçe tercümelemleriyle beraber gönderilmesi gerekmektedir. Çeviri ücreti sigortalı tarafından karşılanacaktır.

2.13. SİGORTALININ VEFATI

Sigortalının hastalığı veya yaralanması sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda; yapılacak tazminat ödemesi poliçenin kapsamı ve teminatları dahilinde olmak kaydıyla, tazminat talebi için gereken belgeleri tamamlayan hak sahiplerine ödenir.

2.14. POLİÇE ŞARTLARINDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASI

Sigortacı, Poliçe Özel Şartlarını ve Poliçenin Kapsamını değiştirmekte serbesttir. Ancak bu değişiklikler poliçenin bir sonraki dönem yeniden düzenlenmesi durumunda sigortalının sözleşmesinin yenilenme tarihinde yürürlüğe girer.

2.15. PRİM ÖDEMELERİ, PRİM ÖDEMELERİNİN YAPILMAMASI VE SİGORTALININ TALEBİ NEDENİYLE İPTAL

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 kartı 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 taksiti veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağı, 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.

2.16. POLİÇENİN KAPSAMI DIŞINDAKİ HALLER

Sigortalıya sağlanan sigorta teminatı, poliçede ve sigorta genel ve özel şartlarında teminata dahil olduğu belirtilmiş olan hususlarla sınırlıdır. Sigortalılar poliçelerinde bulunmayan teminalardan yararlanamazlar.

Teminat kapsamında tanımlanan hastalıklar dışındaki hastalıklar, teminata dahil olduğu açıkça öngörülmüş bulunan hallerin dışındaki hiçbir hal, teminat dışında kalan haller arasında ayrıca sayılmış olmasa dahi, kesinlikle sigorta koruması altında değildir.

Hastalığın teşhis ve tedavisi için yapılan sağlık harcamaları teminat kapsamında değildir.

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller kapsam dışıdır.

1. Sigortalıların, poliçelerinde de belirtilen ve kapsam dışı bırakılan hastalıklarına ve bu hastalıkların komplikasyonlarına ait giderler,
2. Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan ve Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası kapsamı dışında olan tüm hastalıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (komplikasyonlara) ilişkin tüm giderler, teminat kapsamında tanımlanan hastalıklardan birine, henüz sigortanın yapıldığı sırada teşhis edilmemiş olsa dahi sigortanın başlangıcından önce yakalandığının tıbben doğrulandığı haller, önceden var olan koşullar (sigortalının teminatın başlama gününden önce poliçe kapsamındaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konulmuşsa, bu poliçe altında o hastalık için tazminat ödemesi yapılmaz),
3. 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.
4. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar,
5. Poliçede belirtilen "Doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
6. AIDS ve HIV virüsüne bağlı hastalıklar ile zührevi hastalıklar,
7. Profesyonel veya amatör lisanslı sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar, tehlikeli tarzdeki sportif faaliyetlere (dağcılık, tırmanma, rafting, dalgıçlık, paraşütle atlama, yamaç paraşütü gökyüzü kayağı, bungee jumping, sivil havacılık faaliyetleri, deltaplan ile uçmak, planör kullanmak, balon ve bunlarla sınırlı olmayan diğer tehlikeli faaliyetler ile ilgili tüm giderler) katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar,
8. Poliçede yer almayan teminalara ilişkin her türlü tetkik ve tedavi giderleri,
9. Sigortalılarla, birinci ve ikinci derecede kan bağı ya da evlilik bağı olan kişilerin yapmış oldukları muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
10. Varlığından haberdar olunsun ya da olunmasın, oluşumunda konjenital (doğumsal), yapısal veya genetik kusurların etkili olduğu hastalıklar (ör: AVM, Aksesuar İleti yolu/WPW sendromu, ASD, vb) ve genetik testler ve genetik hastalıklar ile doğuştan gelen anomali ve hastalıklar, motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
11. Her türlü estetik amaçlı müdahale, alternatif uygulamalar sonucu oluşan rahatsızlıklar ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar,

3. KAVRAMLARIN TANIMLARI

Sigortacı: Anadolu Sigorta

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

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.

Anlaşmasız sağlık kuruluşu: Anadolu Sigorta'nın sağlık sigortalılarına verilecek tıbbi hizmetler için direkt ödeme anlaşması olmayan sağlık kuruluşlarıdır.

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 yatışlı 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: Anadolu Riskli Hastalıklar 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 Tabipleri Birliği'nin (TTB) güncel fiyat ve uygulama esasları: Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından belirlenmiş olup, hastalara verilen tıbbi hizmetlere (doktor ücreti, tetkik ücreti...vb) ait işlem listesini, ücretlendirme ve uygulama esaslarını içerir.

Sigorta Primi: Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası için belirlenen primler; yaş, cinsiyet, seçilen üründeki teminat limiti, teminat yapısı ve ödeme oranları çerçevesinde belirlenmektedir.

Anadolu Riskli Hastalıklar Sigortası poliçelerinde; aile indirimi, hasarsızlık indirimi ve tazminat ek primi uygulaması söz konusu değildir.

Tarife baz primleri, poliçelerinin yenileme döneminde azami %75 oranında artacaktır. Azami artış oranı olan %75, enflasyon oranının %15i geçmeyeceği varsayımıyla belirlenmiş olup, enflasyonun bu oranın üzerinde olması durumunda, aradaki fark %75 üzerine eklenecektir.

4. SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

TEMİNAT KAPSAMI

Madde 1

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

TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Madde 2

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

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

AKSİNE SÖZLEŞME YOKSA TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER

Madde 3

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

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

SİGORTANIN COĞRAFI SINIRI

Madde 4

Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

SİGORTANIN BAŞLANGICI VE SONU

Madde 5

Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile 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,

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

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

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

- Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.
- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:
 - Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya
 - Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut
 - 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 tebellüğü tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12:00'de hüküm ifade eder.

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

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 hâlel 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 olarak 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:

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

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

- İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakembilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tespit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda, anlaşamadıkları sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.
- Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem bilirkişisini tayin etmez yahut taraf hakem- bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişileri üçüncü hakem bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf hakem hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.
- Her iki taraf üçüncü hakem-bilirkişisini bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.
- Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tespit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdiremez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.
- Hakem-bilirkişiler masraf miktarının tespiti bakımından gerekli göreceklere delilleri, kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.
- Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacı dava edilemez. Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumundan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.
- Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşamadıkça alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1446.Maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.
- Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.
- Masraf miktarının tespiti teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

TAZMİNATIN SONUÇLARI VE SİGORTACININ HALEFİYET HAKKI

Madde 11

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

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

MÜŞTEREK SİGORTA

Madde 12

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

SIRLARIN SAKLI TUTULMASI

Madde 13

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

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

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

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

TEBLİĞ VE İHBARLAR

Madde 14

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

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

YETKİLİ MAHKEME

Madde 15

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

ZAMAN AŞIMI

Madde 16

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

ÖZEL ŞARTLAR

Madde 17

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

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.