

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. ANADOLU TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI POLİÇELERİNİN KAPSAMI

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

SGK'dan provizyon alınmamış sağlık harcamalarına ait giderler bu poliçe kapsamı dışındadır.

Poliçe kapsamında ödeme yapılabilmesi için, sigortalının muayene, tetkik ve tedavilerinin, poliçenin geçerli olduğu tarihler arasında gerçekleştirilmiş olması gerekmektedir. Belirtisi/bulgusu veya teşhisi ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (komplikasyonlara) ilişkin tüm giderler poliçe kapsamı dışındadır. Ek olarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi esnasında yapılacak risk değerlendirmesi sonucunda gerekli görülmesi halinde poliçe başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan bazı rahatsızlıklar da poliçede ayrıca belirtilmek kaydıyla teminat kapsamı dışında bırakılabilir.

Bu poliçe kapsamında sadece SGK tarafından karşılanacak olan tedavi masrafları için, sigortalının yasal çerçeve içerisinde ödemesi gereken fark tutarı karşılanacaktır.

Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünleri sadece, Şirketimizin Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için anlaşmalı olduğu ve aynı zamanda SGK ile de anlaşması bulunan kurumlarda/doktorlarda geçerli olacaktır.

SGK ile anlaşmalı olduğu halde, Şirketimizle tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında anlaşması bulunmayan sağlık kuruluşlarında yapılacak tedavi giderleri ve Genel Sağlık Sigortası(GSS) hak sahibi olmayan kişilerin tedavi giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Poliçe kapsamında yer alacak kişilerin mutlaka SGK tarafından kapsama alınmış olması ve Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olması gerekmektedir.

Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'ndan faydalanabilmek için aile fertlerinin her birinin ayrı poliçeye sahip olması gerekmektedir.

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

2. KAVRAMLARIN TANIMLARI

Sigortacı: Anadolu Sigorta

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

Bağımlı: Bu sözleşmenin maddeleri uyarınca sigortalı kişinin sigorta kapsamına alınan eşi, 30(dahil) yaşında olan bekar çocukları, üvey çocukları ve kanuni yoldan evlat edindiği çocuklarıdır.

Eş: Sigortalının kanuni olarak evli olduğu kişidir.

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

Sağlık kuruluşu: T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş:

- 24 saat hasta bakımı sağlayan,
- Teşhis, tedavi ve cerrahi müdahaleye ehliyetli,
- Bir veya birden çok hekimin her zaman müdahaleye hazır olduğu,
- Doğum amacı ile açılmış özel doğumhaneleri içeren tıbbi bakım ve tedavinin yapıldığı Hastane ve/veya Kliniklerdir.

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

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

Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için geçerli olan anlaşmalı sağlık kuruluşlarımız hakkında Şirketimizin web adresinden bilgi alınabilir.

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

Tedavi: T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş sağlık kuruluşlarında (Hastane, klinik ve poliklinik), özel doktor muayenehanelerinde görevli, çalışmaya ehliyetli doktorlarca, hastalıkları tedavi etmek amacıyla yapılan işlemlerdir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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), sigortalının ikamet ettiği il ve tedavi maliyetlerinin artış oranları çerçevesinde belirlenmektedir.

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

3. TEMİNATLARIN AÇIKLAMALARI

Aşağıda Şirketimizin Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerindeki teminatlara ilişkin açıklamalar yer almaktadır. Sigortalılar poliçelerinde bulunmayan teminatlardan yararlanamazlar.

3.1. Ayakta Tedavi Teminatı

Bu teminat sadece "Yatışlı Tedavi Teminatı"nın alınması koşuluyla verilmektedir ve doktor muayene, tanı giderleri ve fizik tedavi teminatlarından oluşmaktadır.

Ayakta tedavi kullanımları sigortalı seçimine göre yılda 10 adet veya 5 adet ile sınırlı olacaktır.

Fizik tedavi giderleri için yıllık 30 seans limiti bulunmaktadır.

İlaç ve aşı giderleri teminat kapsamı dışındadır.

3.2. Yatışlı Tedavi Teminatı

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

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

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

3.3. Sünnet ile İlgili Giderler

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

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

3.4. Doğum Teminatı

Bu teminat, ek prim ödenerek poliçe kapsamı içine alınmaktadır.

Sadece, poliçelerinde doğum teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

İlk kez sigortalı olacak kişinin bu teminatı kullanmaya hak kazanabilmesi için son adet tarihinin poliçe başlangıç tarihi sonrası olması gerekmektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası olup, poliçesini yeniletecek olan sigortalının bu teminatı kullanmaya hak kazanabilmesi için; Yenilenen poliçesine doğum teminatını ilave etmesi,

Son adet tarihinin poliçe yenilediği tarihten sonrası olması, önce Hamile ise bir önceki poliçesinde doğum teminatının olması gereklidir.

Doğum teminatı, sigortalının doğum teminatı bulunan bir poliçe kapsamına dahil olmasından 6 ay sonra yürürlüğe girer. Bekleme süresi dolmadan gerçekleşen doğum giderleri, gebelik mutakat kontrolleri, gebelik ve doğumun neden olduğu komplikasyonlara ilişkin giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Doğum giderleri, teminat limiti dahilinde %100 oranında ödenir. Ek olarak oda-yemek-refakatçi, tanı birimleri, ilaç, doktor ve diğer teminatlar yürürlüğe girmez. Doğum sırasında gerçekleşen giderler, 1 yıllık poliçe döneminde sadece 1 kere ödenir.

Suda doğum poliçe kapsamı dışındadır.

3.4.1. Gebelik mutakat kontrolleri

Doğumla ilgili rutin kontroller Doğum Mutakat Kontrolleri adedinden düşülecektir. Poliçesinde Doğum Mutakat Kontrolleri teminatı olmayan kişilerin doğum ile ilgili rutin kontrolleri poliçe kapsamı dışındadır. Doğum teminatı kapsamına giren tüm giderler, 1 yıllık poliçe döneminde sadece 1 kere ödenir. İsteğe bağlı olmayan zorunlu tıbbi tahliye ve düşük ile ilgili giderlerin ödenmesine yönelik adet sınırı yoktur. İsteğe bağlı tıbbi tahliye poliçe kapsamı dışındadır. Doğum teminatlı bir poliçeye sahip olarak 6. ayını tamamlayan sigortalılara gebelik süresince gebelik ile ilgili (Gebelik mutakat kontrolleri) her türlü doktor muayene, tetkik ve ayakta tedavi giderleri Doğum Mutakat Kontrolleri sayısından düşülerek ödenir. Diğer sigorta şirketlerinden Anadolu Sigorta'ya geçiş yapan kişilerin, geçmiş sigorta şirketinde doğum teminatına hak kazanmak için bekleme süresini doldurmuş olsalar dahi Anadolu Sigorta'daki ilk 6 ayında doğum mutakat kontrolleri ile ilgili giderleri ödenmez. Önceki gebelik döneminde yapılan bir düşüğün nedeninin araştırılmasına yönelik giderler poliçe kapsamında değildir.

Poliçesinde Doğum Mutakat Kontrolleri teminatı olmayan sigortalıların doğumla ilgili rutin kontrolleri karşılanmamaktadır. Poliçesinde Doğum Mutakat Kontrolleri teminatı bulunan sigortalılar bu teminata ait limitlerini kullanması durumunda, doğumla ilgili rutin kontrolleri ayakta tedavi limitinden karşılanmayacaktır.

3.5. Yardımcı Üreme Yöntemi Tedavileri (Tüp Bebek) Teminatı

Bu teminat sadece kadın sigortalıların poliçelerine ek prim ile dahil edilebilecektir.

SGK'nın tüp bebek tedavisi ödeme şartları doğrultusunda, 1 yıllık poliçe süresi boyunca bu teminata özel anlaşma yapılmış sağlık kuruluşlarında geçerlidir.

SGK kuralları dahilinde ödenmeyen yardımcı üreme yöntemi tedavileri, bu poliçe kapsamı dışındadır.

Bu teminat, yardımcı üreme yöntemi tedavileri için anlaşma yapılmış olan sağlık kuruluşları dışında geçerli değildir.

Yardımcı üreme yöntemi tedavileri teminatı bir yıllık poliçe dönemi içinde sadece bir kez kullanılabilir.

Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinin karşılandığı kurumlar web sitemizin anlaşmalı kurumlar linkinde yer almaktadır.

3.6. Kara Ambulans Teminatı

Sigortalılarımız, aşağıda belirtilen "Acil Durumlarda", Şirketimiz adına bu hizmeti veren firmanın alarm merkezini 0850 744 03 03 no'lu telefon numarasını arayarak 7 gün 24 saat ücretsiz olarak, danışmanlık hizmeti alabilecekler ve bir doktor eşliğinde kara ambulansı hizmetinden yararlanabileceklerdir. Şirketimizin anlaşmalı olduğu firma, İstanbul dışında örgütlendiği il ve ilçelerde de bu hizmeti verecektir. İstanbul dışındaki sigortalılar aradığında Alarm Merkezi, yerleşim merkezine en yakın ambulansı doktor eşliğinde sigortalının adresine yönlendirecektir. Gelen ekip sigortalıyı evde tedavi edebileceği gibi, gerekirse uygun bir sağlık kuruluşuna götürecektir. Sigortalılar, aşağıda belirtilen "Acil Durumlarda" Şirketimizin anlaşmalı olduğu firmanın verdiği bu hizmet için herhangi bir ücret ödemeyeceklerdir.

Sigortalıların, acil vakalarda Şirketimizin anlaşmalı olduğu firmanın temin ettiği ambulans dışında bir ambulans kullanmaları halinde, ambulans giderleri karşılanmayacaktır.

Acil durumlarda hastane veya bir sağlık merkezine transport edilmesi gereken sigortalılar, klinik durumlarına uygun olarak öncelikle Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesinin geçerli olduğu hastane networkü dahilindeki kuruluşlara poliçe kapsamı dahilinde transport edilecektir. Sigortalıların, kendi tercihleri ya da klinik durumları doğrultusunda Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

poliçesi anlaşmalı sağlık kuruluşu ağı dışında bir kuruma transport edilmeleri durumunda gerçekleşecek tedavi masrafları poliçe teminatı kapsamı dışındadır. Ayrıca, acil durumlar dahilinde bir sağlık merkezine transport edilen sigortalının, başka bir sağlık kurumuna nakli yapılırsa ortaya çıkacak transport giderleri poliçe kapsamı dahilinde değildir.

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

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

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

3.7. Suni Uzuv Teminatı

Sigortalının poliçe süresi içindeki tedavisi suni uzuv gerektirirse, suni uzuv giderleri (El, kol, bacak, insülin pompası, takma göz ve estetik amaç taşımayan protezler) teminat tablosunda belirtilmiş olan limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Suni uzuv teminatı sadece kullanılan aparat (Malzeme) içindir. İlgili malzemenin bakım ve onarım masrafları kapsam dışıdır. Ayrıca robotik malzemeler de poliçe dahilinde ödenmez. Sigorta başlangıç tarihinden önce var olan maluliyetler için kullanılan ya da yenilenecek olan suni uzuvlar poliçe kapsamı dışındadır. Suni uzuvlar sigortalılık süresi içinde sadece bir kez ödenir, yenilenmesi poliçe kapsamı dışındadır.

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

3.8. Yardımcı Tıbbi Malzemeler 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, yanık tedavisinde kullanılan örtüler, ileostomi torbası, sistostomi torbası, lenf ödem çorabı, şeker ölçüm stripleri ve koltuk değneğinden ibaret tıbbi malzemeler bu teminat kapsamında, poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Yukarıda sayılanların dışındaki yardımcı tıbbi malzemeler kapsam dışındadır.

3.9. Evde Bakım Teminatı

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

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

3.10. Deprem Teminatı

Poliçesinde deprem teminatı bulunan sigortalılarımızın poliçe vadesi içinde gerçekleşecek olası bir deprem sonucu yaralanmaları halinde, T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş sağlık kuruluşlarında yapılacak tetkik ve tedavi giderleri poliçe özel ve genel şartları dahilinde poliçe kapsamındadır. Bu teminat, ek prim ödenerek poliçe kapsamı içine alınacak olup, mevcut sigortalılarımızın poliçelerine ara dönemde dahil edilmesi durumunda teminatın poliçeye eklendiği tarihten sonra meydana gelecek depreme bağlı bedensel hasarlar için geçerli olacaktır.

Teminat yalnızca Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir.

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

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

Sigortalının sağlık kuruluşlarında yoğun bakım ünitesinde sigorta yılı içinde 90 güne kadar gerçekleşecek yoğun bakım giderleri, poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

Poliçesinde deprem teminatı bulunan sigortalılarımızın deprem sonucu bedensel yaralanmalarına ilişkin evde bakım hizmeti, suni uzuv ve yardımcı tıbbi malzeme giderleri poliçesindeki ilgili teminatların limit ve özel şartları dâhilinde ödenecektir.

Diş, diş eti tedavisi ile çene tedavilerine ilişkin tüm giderler teminat kapsamı dışındadır.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında veya doktor muayenehanelerinde yapılan tüm işlemlerde ödenecek ücret teminat kapsamı dışındadır.

Yurt içindeki anlaşmalı sağlık kuruluşlarında, işlemleri kadrolu olmayan doktorlar yaparsa, bu doktorlara ödenecek ücret teminat kapsamı dışındadır.

4. SGK TARAFINDAN UYGULANAN VE TEDAVİNİN YAPILDIĞI TARİHTE YÜRÜRLÜKTE OLAN BEKLEME SÜRELERİ AYNEN GEÇERLİ OLACAKTIR. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI BAŞLANGIÇ TARİHİNDEN SONRA ORTAYA ÇIKAN VE 3 AY SÜREYLE AMELİYAT GİDERLERİ KAPSAM DIŞINDA BIRAKILAN RAHATSIZLIKLAR AŞAĞIDA BELİRTİLMİŞTİR. MALİGN (KÖTÜ HUYLU) TÜMÖRLER İÇİN 3 AYLIK BEKLEME SÜRESİ UYGULANMAZ.

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

Ayakta veya yatışlı olmasına bakılmaksızın fizik tedavi ile ilgili tüm giderler poliçe başlangıç tarihinden itibaren ilk 3 ay kapsam dışındadır.

5. POLİÇENİN KAPSAMI DIŞINDAKİ HALLER

Gerçekleşme nedeni ne olursa olsun, aşağıda belirtilen haller ile ilgili tedavi giderleri poliçe kapsamı dışındadır:

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
2. Sigortalıların, poliçelerinde de belirtilen ve kapsam dışı bırakılan hastalıklarına ve bu hastalıkların komplikasyonlarına ait giderler,
3. Belirtisinin/bulgusunun ve/veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (komplikasyonlara) ilişkin tüm giderler,
4. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı durumda meydana gelen sağlık giderleri,
5. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatışlı tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
6. Anadolu Sigorta Tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesinde anlaşmalı kurumları dışında gerçekleşecek tedavilere ait sağlık giderleri (acil durumlar da dahil),
7. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta ve yatışlı tedavi giderleri,
8. Alkol ve madde bağımlılığı tedavileri ile ilgili giderler, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı sonucu meydana gelen rahatsızlıklara ve kazalara ilişkin giderler, ehliyeti olmayan sigortalıların araç kullanırken kaza yapmaları sonucunda oluşan her türlü sağlık giderleri, kavgaya karışma, bilerek ve isteyerek kendine zarar verme sonucu oluşan tedaviler ile ilgili

giderler vb.,

9. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar,
10. Sigortalının kazaen yaralanmasının gerektirdiği müdahaleler dışındaki her türlü estetik amaçlı yapılan müdahaleler, varis sklerozan tedavisi(skleroterapi); kozmetik amaçlı tedaviler, alopesi-saç dökülmesi (alopesi areata hariç), saç ekimi, hirsutizm (kılınma), jinekomasti tetkik ve tedavileri vb., meme küçültme ve büyütme; ortooptik tedavi, deri nemlendirici ve temizleyici preparatlar, tatlandırıcılar; (obezite) şişmanlık tetkik ve tedavisi, diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç vb. maddeler, asteni, şifa kürleri, çamur banyoları, karantina, akupunktur, masaj, mezoterapi, hidroterapi, manyetoterapi, ses ve konuşma terapileri vb.; huzurevi, sanatoryum, kaplıcalar, jimnastik ve güzellik salonları, ayak bakım merkezleri ve poliçede belirtilen "Sağlık Kuruluşu" tanımına uymayan kuruluşlardan alınan faturalar; alternatif tıp tedavi masrafları, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve TC Sağlık Bakanlığı ve SGK'dan onay almamış ya da halen deneysel aşamada olduğu kabul edilen tetkik tedavi ve malzemeler, gen terapi, proloterapi, hacamat, sülük, anti-aging (geriye yaşlanma) programı, dengeli beslenme ve kişiye uygun diyet-egzersiz programları uygulayan sağlık merkezi ve/veya doktorların her türlü muayene, tetkik ve tedavi giderleri, anti-aging uygulamaları için yapılan her tür tetkik, takip, girişim ve ilaç bedelleri, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy- Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi), hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili giderler,
11. Metabolik sendrom tanısıyla ilgili her türlü muayene, tetkik ve tedavi giderleri ile bu tedavilerden doğacak her türlü komplikasyonlara ait giderler,
12. Poliçede belirtilen "Doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire, ebe vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
13. Kısırlık tetkik ve tedavisi (Ovülasyon takibi, HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.), medikal ve cerrahi her tür yapay döllenme (Tüp bebek teminatı almış olan sigortalılar hariç),
14. Üreme organlarıyla ilgili yapısal bozukluklar, (cinsel fonksiyon bozukluğu ya da kısırlıkla ilgili olmadığı sürece doğuştan hastalıkları ödenen sigortalılarda hipospadias, hidrosel, kordon kisti, epididim kisti, inmemiş testis hariç), cinsel işlev bozuklukları, cinsiyet değiştirme, isteğe bağlı kürtaj, kısırlaştırma, doğum kontrol yöntemlerine ait giderler
15. Kısırlıkla ilgisi olsun ya da olmasın, her türlü varikozel tetkik ve tedavilerine ait giderler,
16. Yalancı gebelik (psikolojik gebelik) ile ilgili giderler,
17. Motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler,(doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
18. 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,
19. Psikiyatrik hastalık tedavisiyle ilgisi olsun veya olmasın, psikiyatri ilaçları, psikiyatrik hastalıklar, psikiyatri kliniklerinde ve/veya psikiyatri doktorları ve psikologlar tarafından yapılan tetkik ve tedaviler,
20. Çocuk mamaları, çocuk bezleri, biberon ve emzikler; her türlü sabun, şampuan ve solüsyon, alkol ve kolonyalar; hidrofilyk pamuk, termometre, buz kesesi, sıcak su torbası vb. sıhhi malzemeler; uyku apne cihazı, tekerlekli iskemle, diş protezleri vb. yardımcı tıbbi malzeme ve cihazlar ile telefon, TV masrafları ,tedavi için gerekli olmayan malzemeler ve sair idari masraflar,
21. Tüm aşı ve ilaçlara ait giderler
22. 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,
23. AIDS ve HIV virüsüne bağlı hastalıklar ile cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar,
24. Organ ve doku nakillerinde vericinin (Donör) masrafları, organ ve doku ücretleri ve organ ve dokunun ulaşım masrafları,
25. Profesyonel veya amatör lisanslı sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar, tehlikeli tarzdaki sportif faaliyetlere (dağcılık, tırmanma, at binme, atv arazi motor kullanımı, 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 tüm yarışlar) katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar,
26. Sigortalının tazminat talebinde bulunurken veya tedavi görürken yaptığı ulaşım, konaklama masrafları vb.
27. Hangi nedenle olursa olsun diş, diş eti tedavisi ile çene tedavilerine ilişkin tüm giderler,
28. Gözlük, cam, çerçeve, lens giderleri; gözde kırılma kusurunun (Myopi, vb.) giderilmesine yönelik müdahaleler ile ilgili giderler,
29. Şaşılık ile ilgili giderler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
30. Poliçede yer almayan teminatlara ilişkin her türlü tetkik ve tedavi giderleri,

31. Akne (sivilce), folikülit, komedon, genital siğil ve kondilom, nevüs (Ben), horlama ve uyku apne sendromuna ait tüm giderler,
32. Epilepsi (Sara) ile ilgili giderler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
33. Geriatrik rahatsızlıklar, yaşlılıktan ileri gelen bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve alzheimer hastalığı, parkinson,
34. 24 aya kadar çocukların kasık fıtığı ile ilgili giderler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
35. Hallux valgus, halluks rigidus, beşinci parmak valgusu (bunion, bunionette vb.) hastalıklarına ait tüm giderler,
36. Sigortalılara, birinci ve ikinci derecede yakınlığı olan kişilerin yapmış oldukları muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
37. Sigortalı olan hekimlerin kendi kendilerine yapmış oldukları muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
38. *Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider
*Kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanser tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç)
*PRP ile ilgili tüm giderler
39. Tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne ad altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli (cerrahinin robotik yapılması durumunda ortaya çıkan ek tedavi giderleri - kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler,
40. Her türlü yardımcı tıbbi malzeme,
41. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi vb. nedenlerle alınan sağlık kurulu raporu için yapılan giderler,
42. Normal oda dışındaki odalarda kalınması durumunda, suit ve lüks oda farkı,
43. Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
44. Her türlü omurga eğriliği (kifoz, skolyoz,vb.), (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç),
45. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalarla ilgili giderler,
46. Varlığından haberdar olunsun ya da olunmasın, oluşumunda konjenital (doğumsal), yapısal veya genetik kusurların etkili olduğu hastalıklara ait tüm giderler (ör. AVM, Aksesuar İleti yolu/WPW sendromu, ASD, vb.) ve genetik testler (doğuştan gelen hastalıkları ödenen sigortalılar hariç) ,
47. Prematürite; erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile ilgili sağlık giderleri,
48. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 98/2 maddesi gereğince, sigortalıların ödemek ile yükümlü oldukları katılım payları,
49. Yurt dışında gerçekleşen her türlü sağlık harcaması ve yurt dışından getirilen ilaç harcamaları,
50. Hastanede, tedavi esnasında kullanılan cihaz ve malzemeler haricinde dışarıdan tedarik edilen tüm tıbbi cihaz, malzeme ve benzeri harcama ve giderler,
51. Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları,
52. Her ne nedenle olursa olsun kadınlarda yumurta toplama ve saklama işlemi ile erkeklerde sperm toplama ve saklama işlemine ait tüm giderler,
53. Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejuno-ileostomi, barsak kısaltılması vb.),
54. Sigortalımızın işyeri hekiminin, sigortalımız, sigortalımızın eş ve çocukları için yazacağı her türlü tetkik ve tedaviye ait giderler,
55. Türk Ticaret Kanunu'nun 1513. Maddenin 1. fıkrasında yer alan c ve d maddelerince ödenmesi gereken "sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası" ve "sigortalının, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya kararlaştırılan gündelik bakım parası" poliçe kapsamında karşılanmamaktadır.
56. Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner VCT Anjiyo, triple rule out ve Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen EBT (Elektron Beam Tomografi) konu başlığı altında geçen tüm tetkikler, sanal anjiyo ve sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
57. Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı sağlık kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığı'nca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi şirketimiz sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Bu poliçe sadece Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) sınırları dahilinde geçerli olup, yurt dışında geçerli olmayacaktır. K.K.T.C. yurt dışı olarak kabul edilmektedir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network'ler, Şirketimizin kurumsal web sitesinde düzenli olarak güncellenmektedir.

Sigortacı, Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar.

Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network'te yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur.

Anlaşmasız sağlık kurumlarında ve sigortalının sahip olduğu Network kapsamında olmayan sağlık kurumlarında gerçekleşecek tüm teşhis ve tedavi giderleri poliçe kapsamı dışındadır.

8. TAZMİNAT İŞLEMLERİ

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

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

Tazminat ödemesine ilişkin bilgiler Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne aktarılacaktır.

9. SİGORTACININ RÜCU HAKKI

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

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

10. YATIŞLI TEDAVİ ÖNCESİ ÖN ONAY ALINMASI

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

11. SİGORTALININ DOKTORA MUAYENE ETTİRİLMESİ VE İNCELEME YAPILMASI

Sigortacı, bir tazminat talebinin işlem görmesi sırasında gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı belirleyeceği doktora muayene ettirme hakkına sahiptir. Sigortacı, gerek görmesi halinde, sigortalının sağlık giderlerini ödemediği önce ya da yatışlı tedavisi söz konusu olduğunda yatış onayı vermeden önce inceleme yaptırabilir. Ayrıca, sigorta süresi öncesi ve sonrasında, sigortalının yazılı onayı alınarak, sigortalıyı tedavi eden tüm doktorlar, sağlık kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, kamu kuruluşları ve sigortacılık hizmetiyle ilişkili üçüncü şahıslardan sigortalının sağlık özgeçmişini 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 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.

13. UYGULAMALARA AİT ÖZEL ŞARTLAR

13.1. Poliçelendirme

- a. Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında sadece Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olan Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) vatandaşları ve Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olan yabancı uyruklu kişiler sigortalanabileceklerdir.
- b. İlk başvuru tarihinde, 0-64 yaş (64 yaş hariç) aralığındaki kişiler sigortalanabilirler. Yaş, poliçe düzenlendiği tarihten kişinin doğum tarihinin gün/ay/yılı olarak çıkarılmasıyla bulunur. Her yıl yapılan değerlendirmeler sonucunda Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanamayan sigortalılar 65 yaşından itibaren normal prime ilave olarak %30 yaş ek primi alınarak 75 (hariç) yaşına kadar yenilenecektir.
- 7 yaşından küçük kişiler ek prim ödenmesi koşulu ile tek başlarına sağlık sigortası kapsamında sigortalanabilirler. 30 (dahil) yaşına kadar bekar çocuklar aile indiriminden yararlanarak aile poliçesinde bağımlı olarak sigortalanabilirler. 0-17 yaş (17 dahil) arasında, ebeveynleri olmadan sigortalanacak kardeşlerin poliçelerine aile indirimi uygulanacaktır. Tek başına çocuk ek primi uygulanmaya devam edecektir. Kardeşlerin her biri için ayrı bir poliçe düzenlenecektir. Bir kişi Anadolu Sigorta'nın birden fazla bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesi kapsamında yer alamaz.

Bebeklerin sigortalanması

Bebeklerin doğuştan gelen hastalıklarının poliçe kapsamına alınarak doğdukları tarih itibarıyla sigortalanabilmeleri için;

- Annenin ayakta ve yatışlı tedavi teminatı içeren bir poliçeye sahip olması ve isteğe bağlı olan doğum teminatını poliçesine ilave etmiş olması,

- Bebeğin tamamen sağlıklı olarak doğması ve başvuru formunun Şirketimize teslim edildiği anda herhangi bir hastalığının teşhis edilmiş olması,

- Bebek için doldurulmuş başvuru formunun, doğum belgesi ve bebeğin hastane çıkış epikrizi ile birlikte, doğum tarihini takiben 15 gün içinde (15. gün dahil) Şirketimize iletilmiş olması,

Doğdukları tarih itibarıyla sigortalanan bebekler için bazı hastalıklara uygulanan 3 aylık bekleme süresi uygulanmayacaktır.

Yukarıda yer alan koşullardan herhangi biri sağlanmıyorsa bebekler doğduktan 14 gün sonra risk değerlendirmesi yapılarak poliçe kapsamına dahil edilecektir. Doğuştan gelen hastalıkları poliçe kapsamı dışında bırakılacaktır.

c. 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.

d. Şirketimiz sigorta kapsamına almadan önce;

- Boy-kilo endeksi (Boy-Kilo Endeksi=Kilo(kg)/ Boy² (m)) 35'in üzerinde olan sigortalı adaylarından,

- Yukarıda tanımlanan her iki kapsamda da olmamasına rağmen, son altı ay içinde gerçekleştirilmiş, mevcut sağlık durumunu gösterir güncel rapor ve tetkik sonuçlarını Şirketimize gönderdiği halde Şirket doktorlarımız tarafından ek tetkik yaptırması gerekli görülen sigortalı adaylarından, sigorta kapsamına alınmadan önce gerekli tetkiklerin yaptırılması talep edilecektir.

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

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

Yukarıda belirtilen durumlar dışında;

Sigortalı adayı tarafından mevcut sağlık durumunu belgeleyecek son altı aya ait güncel raporların Şirketimize sunulmaması sebebiyle, Şirket doktorlarımız tarafından talep edilecek tetkik, sigorta kapsamına alınsın ya da alınmasın sigortalı adayı tarafından karşılanacaktır.

Sigorta kapsamına alınmadan önce, Şirket doktorlarımız tarafından yapılan tıbbi risk değerlendirmesi sonucunda poliçesine kapsam dışı eklenen sigortalı adayımızın itiraz etmesi durumunda; bu hastalığa ilişkin bazı tetkiklerin yaptırılması talep edilebilir.

Tetkik sonuçlarının yapılan tıbbi risk değerlendirmesini destekler nitelikte olması durumunda tetkik giderleri sigortalı adayı tarafından karşılanır.

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

e. Poliçe başlangıç tarihinden sonra bağımlılarının sayısı artarsa, sigorta kapsamına dahil edilecek bağımlılar için yeni başvuru formu doldurulması gerekmektedir.

Eğer bağımlı yeni doğan çocuksa yeni doğan çocuğun sağlık durumunu ayrıntılı olarak yansıtan doktor raporunun, eğer bağımlı eş ise evlilik cüzdanı gibi resmi belgelerin sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir.

Sonradan bağımlı özelliği kazanan kişi eş ise, bağımlılık özelliğini kazandıkları tarihten itibaren en geç 30 gün içinde sağlık

sigortası kapsamına alınmalıdır. Sonradan bağımlı özelliği kazanan kişi yeni doğan çocuk ise, doğuştan gelen rahatsızlıklarının kapsam dahilinde olabilmesi için, doğum tarihi itibarıyla, 15 gün içinde poliçe kapsamına alınmalıdır.

Sigorta başlangıç tarihinden sonra poliçe kapsamına alınan bağımlıların ödeyecekleri prim, kazanılmış gün esasına göre hesaplanır.

f. Sigortalının yaşı, poliçe düzenlendiği tarihten kişinin doğum tarihinin çıkarılmasıyla bulunur.

13.2. Poliçenin Yürürlüğe Girmesi

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

13.3. 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.

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, 01.01.2021 tarihinde saat 00:01 itibarıyla başlar, 01.01.2022 saat 00:01 itibarıyla sona erer.)

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

13.4. Paket Değişikliği

Sigortalının poliçe yenileme dönemlerinde teminat yapıları ve limitleri farklı bir ürüne geçişi ya da ürünün geçerli olduğu networkü değiştirme talebi sigortalının bu durumu onaylaması koşuluna bağlıdır. Daha yüksek teminatlı bir ürüne geçiş taleplerinde, Şirketimiz yeni bir sağlık beyanı isteme hakkına sahiptir. Poliçe başladıktan sonra ara dönemlerde gelen değişiklik talepleri kabul edilmeyecektir.

14. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

14.1. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanma

Bu poliçe kapsamında sunulan teminatlar için Ömür Boyu Yenileme Garantisi Taahhüdü bulunmaktadır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanılana kadar sigortalı bu garantiye sahip sayılmaz. Ömür Boyu Yenileme Garantisinin kazanılması için aşağıda belirtilen şartların sağlanması gerekmektedir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi Kazanma Şartları

01.01.2026 öncesi sigortalanan kişiler için Anadolu Sigorta, Tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında, sigortalılıklarını Anadolu Sigorta'da 4 yıl kesintisiz olarak devam ettiren ve son 4 yıl, her bir yıl için poliçelerinde ödenen tazminatların primlere oranları %100'ün altında olan bireysel sigortalılara Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi verecektir. 4. yılın sonunda yapılan ilk değerlendirmede Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi almaya hak kazanamayan sigortalılar, her yıl poliçe yenileme dönemlerinde son 4 yıllarındaki tazminat/prim oranlarına bakılmak suretiyle, tekrar Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi değerlendirmesine alınacaklardır. Yenileme garantisine hak kazanan sigortalıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi hakları 01.01.2026 sonrasındaki ilk yenilemelerinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi olacak güncellenecektir.

01.01.2026 tarihi itibarıyla şirketimizde yeni sigortalanan kişiler için geçerli olmak üzere; Anadolu Sigorta'da sigortalılık süresini kesintisiz 3 yıl boyunca sürdüren bireysel sigortalılara, 3 yıl sonunda risk değerlendirmesi yapılarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilecektir. Şirketimiz risk değerlendirmesi sonucunda gerekli görülen hastalıklar için kapsam dışı, üst limit, katılım payı ve /veya ek prim uygulanabilecektir. Sigortalının 65 yaş ve üzerinde olması halinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmeyecektir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi Olan/Olmayan Sigortalılar için Uygulamalar

Her yıl yapılan değerlendirmeler sonucunda Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanamayan sigortalılar 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 Garantisi'ne hak kazanmış olan sigortalılara ise, 65 ve sonrasındaki yaşlarda düzenlenen poliçelerinde %30 yaş ek primi uygulanmayacaktır. Bu kişilerin poliçelerinde herhangi bir üst yaş limiti olmayacaktır.

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 01.01.2026 tarihinden sonra yenilenecek Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip sigortalılarımızın poliçelerinde kullanıma bağlı tazminat ek primi uygulanmayacaktır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi olmayan sigortalılara 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 ve hasarsızlık indirimleri uygulanacaktır.

Ek prim ve hasarsızlık indirimi oranları kişilere özeldir. Duruma göre ailedeki bir fert için ek prim uygulanırken, diğer aile bireyleri hasarsızlık indiriminden yararlanabileceklerdir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi bireye özel olarak verilir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile ilgili tüm detaylar Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları'nda belirtilmektedir.

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.

14.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne Hak Kazanmanın Avantajları

Sigortalıların, Anadolu Sigorta'da Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazandıkları tarihten sonra ortaya çıkan hastalıkları, yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmayacak ve söz konusu hastalıklar için hastalık ek primi alınmayacaktır. Bunun yanında bir önceki poliçeleri için ödenen tazminat tutarının alınan net prim tutarına bölünmesiyle bulunacak oran dikkate alınarak, bir sonraki sene geçerli olacak poliçelerinin prim tutarlarına Hasarsızlık İndirimi ve Ek Prim Tablosu'nda belirtilen ek prim oranları uygulanmayacak; hasarsızlık indirimleri uygulanacaktır. Hasarsızlık indirimi oranları kişilere özeldir. Bireysel sağlık sigortası kapsamında "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı olan bir sigortalının, kendi isteği dışında mevcut poliçesinde sahip olduğu teminat limitleri ve katılım payları ile ilgili aleyhine bir değişiklik yapılmayacaktır.

14.3. Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkı Şartlarının Değişmesi

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

01.01.2026 öncesi sigortalanan sigortalanan kişiler Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi verildikten sonra; değerlendirmenin yapıldığı yıl ve/veya önceki önceki poliçe dönemine ait, herhangi bir sebeple şirketimizce henüz tazmini yapılmamış bir sağlık giderinin geri ödemesinin yapılması durumunda; sigortalının hasar prim oranı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi alma kriterini bozacak şekilde değişirse verilen Yenileme Garantisi hakkı geri alınır.

01.01.2026 sonrası sigortalanan kişiler için Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildikten sonra; değerlendirmenin yapıldığı yıl ve/veya önceki poliçe dönemine ait, herhangi bir sebeple şirketimizce henüz tazmini yapılmamış bir sağlık giderinin geri ödemesinin yapılması durumunda; sigortalının hasar geçmişini değiştireceğinden ilgili sigortalı tekrar risk değerlendirmesine tabii tutulabilir. Risk değerlendirmesi sonucunda gerekli görülen hastalıklar için kapsam dışı, üst limit, katılım payı ve /veya ek prim uygulanabilecektir.

14.4. Ömür Boyu Yenileme Garantisi 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 doldurmaları durumunda Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakları devam eder. Ancak bu sigortalıların Anadolu Sigorta'da sigortalı olmadıkları süre içinde ortaya çıkan rahatsızlıklar yeni poliçelerinde kapsam dışı bırakılacaktır.

15. GEÇİŞ İŞLEMLERİ

15.1. Şirketimizde Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Vadesinin Sona Ermesi Durumunda Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'na Geçen Kişiler İçin;

Özel Sağlık Sigortası kapsamında, Ömür Boyu Yenileme Garantisi alan bir sigortalı Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'na geçerken yenileme garantisi, Ömür Boyu Yenileme Garantisi olarak devam edecektir. Şirketimizde, bireysel Özel Sağlık Sigortası poliçesi olan kişilerin, bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına geçişlerinde Şirketimiz tarafından risk değerlendirmesi yapılmayacaktır. Kullanıma bağlı olarak kazanılmış indirim hakkı dışında, Özel sağlık sigortası kapsamında kazanmış olduğu haklar Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına devredilecektir. Şirketimizdeki bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından, bireysel özel

sağlık sigortasına geçişte Şirketimiz tarafından risk değerlendirmesi yapılacaktır, hak devri yapılmayacaktır. Bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesinin yürürlükte olduğu süre içinde ya da öncesinde ortaya çıkmış hastalıklar için muafiyet uygulanabilmekte veya bu hastalıklar için ek prim alınabilmektedir. Yenileme Garantisi olmayan sigortalılar için yapılacak Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesinde Bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nda geçirmiş oldukları süre ve Bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'ndaki başlangıç tarihi dikkate alınacaktır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi sırasında, şirketimiz tarafından yapılacak risk değerlendirmesi sonucunda gerekli görülen hastalıklar için kapsam dışı, üst limit, katılım payı ve /veya ek prim uygulanabilecektir.

15.2. Şirketimizde Kurumsal Sağlık Sigortası Kapsamında Olup, İşten Ayrılma, Emeklilik Veya Grubun Şirketimizle Yaptığı Sözleşmenin Sona Ermesi Durumunda Bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Başvurusu Yapan Kişiler İçin;

15.2.1. Ömür Boyu Yenileme Garantisi alamamış olan sigortalılar için;

- Şirketimizde grup sağlık sigortası kapsamında sigortalı iken grup poliçesi kapsamından çıkan kişiler, en fazla 1 ay içinde Tamamlayıcı bireysel sağlık sigortası yaptırmak için başvurmalıdırlar.
- Tıbbi risk değerlendirmesi yapılmaktadır.
- Bireysel tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesinin başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar için muafiyet uygulanabilmekte veya bu hastalıklar için ek prim alınabilmektedir.
- Grup poliçesi kapsamından çıkış tarihinden sonra en fazla 1 ay içinde Anadolu Sigorta'ya Tamamlayıcı bireysel sağlık sigortası yaptıran sigortalıların, ileri tarihlerde yapılacak Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi sırasında, Anadolu Sigorta bireysel poliçe başlangıç tarihi dikkate alınacak Anadolu Sigorta'daki kurumsal sigortalılık süreleri göz önünde bulundurulacaktır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi sırasında, şirketimiz tarafından yapılacak risk değerlendirmesi sonucunda gerekli görülen hastalıklar için kapsam dışı, üst limit, katılım payı ve /veya ek prim uygulanabilecektir.
- Poliçe yürürlüğe girdikten sonra sigortalının başvuru formunda eksik, yanlış veya hiç beyan etmediği ya da ilk sigortalılık tarihinden önce veya sonra teşhis edilmiş hastalıkların poliçe dönemi içinde tespit edilmesi halinde Şirketimiz bu durumlara şerh koyabilir, teminattan hariç tutabilir, ek prim uygulayabilir ve gerekli görüldüğünde poliçeyi iptal etme hakkını kullanabilir.
- Şirketimizde grup sağlık sigortası kapsamında sigortalı iken doğum teminatı bulunması ve bekleme süresini tamamlaması halinde Tamamlayıcı bireysel sağlık sigortasına geçiş yaptığı zaman doğum ve doğum ile ilgili giderlerin karşılanması için 6 aylık bekleme süresi uygulanmayacaktır.

15.2.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış olan sigortalılar için;

- Sigortalının "Ömür Boyu Yenileme Garantisi"ne hak kazandığı kurumsal sağlık sigortası kapsamından çıkıp bireysel tamamlayıcı sağlık sigortası satın alması halinde, sigortalının kesintisiz ilk kez kurumsal sağlık sigortası yaptırmadan önce ortaya çıkan hastalıkları ve/veya sigortalının grup poliçesinde muaf tutulmuş olan hastalıkları, yaptıracığı bireysel poliçesinde kapsam dışı bırakılacaktır. Anadolu Sigorta bu uygulama sırasında, sigortalının sağlık durumuyla ilgili bilgi almayı gerekli gördüğü hallerde sigortalılardan bazı tetkikler yaptırmalarını isteyebilecektir.
- Şirketimiz kurumsal sağlık sigortası kapsamında poliçesi bulunan kişilerin poliçelerinin sona ermesi durumunda yenileme garantileri bulunuyorsa, bireysel tamamlayıcı sağlık sigortasına haklarıyla geçişleri mümkün olacaktır.
- Grup poliçesindeki teminat limitleri ve geçerli network yapısına en yakın olan plana yönlendirilir. Geçiş esnasında grubun sözleşme şartları dikkate alınarak risk değerlendirmesi yapılır.
- Sigortalının daha kapsamlı bir bireysel poliçeye geçiş talebine Şirketimiz tarafından yapılacak tıbbi risk değerlendirmesi sonucunda karar verilir.
- Grup poliçesinde eklenmiş olan üst limitlere konu olan hastalıklar kapsam dışı olarak eklenir. Kurumsal özel sağlık ya da kurumsal tamamlayıcı sağlık poliçesinde yenileme garantisi almaya hak kazanmış olsun ya da olmasın 3 ayını tamamlamış ise; bazı hastalıklar için geçerli olan 3 aylık bekleme süresi uygulanmamaktadır.
- Şirketimizde grup sağlık sigortası kapsamında sigortalı iken doğum teminatı bulunması ve bekleme süresini tamamlaması halinde Tamamlayıcı bireysel sağlık sigortasına geçiş yaptığı zaman doğum ve doğum ile ilgili giderlerin karşılanması için 6 aylık bekleme süresi uygulanmayacaktır.

Şirketimizde Bireysel Özel Sağlık Sigortası Mevcut İken Anadolu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası da Satın Almak İsteyen Kişiler İçin;

- Özel Sağlık Sigortası poliçesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi varsa, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası satın alan sigortalılar yenileme garantisine otomatik hak kazanacaktır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi yoksa Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçe başlangıç tarihi ve özel şartları dikkate alınacaktır.

- Özel Sağlık Sigortası poliçesindeki ilk sigorta başlangıç tarihi Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesine taşınır. Ameliyat bekleme süreleri hesaplanırken Özel Sağlık Sigortasında geçen süre dikkate alınır ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için uygulanacak bekleme süresinden indirilir. Doğum teminatı ve diğer bekleme sürelerinin uygulanmasında ise Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçe başlangıç tarihi ve özel şartları esas alınır.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsun veya olmasın risk değerlendirmesi yapılmayacak, mevcut bulunan kapsam dışı durumlar aynı şekilde geçerli olurken, ek prim ve üst limit uygulamaları Tamamlayıcı Sağlık Sigortası şartlarına göre değerlendirilebilecektir.

15.3. Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçişlerdeki Uygulamalar

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

- Anadolu Sigorta'daki sigorta başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan hastalıkları kapsam dışı bırakılarak ve/veya bu hastalıklar için ek prim alınarak sigortalanabileceklerdir.
- Uygun bulunması halinde, diğer sigorta şirketinde hak edilmiş olan hasarsızlık indirimi, geçiş bilgisi ve/veya yenileme teklifi ile ispat edilmesi durumunda, Şirketimiz uygulamaları doğrultusunda, devir alınabilecektir.
- Sağlık beyanları ve önceki sigorta şirketinden gönderilen geçmiş sigortalılık bilgileri incelenerek önceki sigorta şirketlerindeki yenileme garantisi hakları, Ömür Boyu Yenileme Garantisi olarak devralınarak sigortalanabileceklerdir. Şirketimiz risk kabul kriterleri gereğince teklif verilmeme hakkı saklı tutulacaktır.
- İlk sigorta başlangıç tarihi olarak önceki sigorta şirketindeki başlangıç tarihi esas alınarak düzenlenecek olup geçiş işlemlerinde risk değerlendirmesi yapılacaktır. Poliçe yürürlüğe girdikten sonra sigortalının başvuru formunda eksik, yanlış veya hiç beyan etmediği ya da mevcut sigorta şirketi tarafından Şirketimize beyan edilmeyen, ilk sigortalılık tarihinden önce veya sonra teşhis edilmiş hastalıkların poliçe dönemi içinde tespit edilmesi halinde Şirketimiz bu durumlara şerh koyabilir, teminattan hariç tutabilir, ek prim uygulayabilir ve gerekli görüldüğünde poliçeyi iptal etme hakkını kullanabilir.
- Bazı ameliyatlara için geçerli olan 3 aylık bekleme süreleri, diğer sigorta şirketinde 3 ayını tamamlayan ve poliçe bitim tarihinden itibaren 1 ay içinde Anadolu Sigorta'ya başvuruda bulunan sigortalılar için uygulanmamaktadır. Ameliyat bekleme süresi diğer sigorta şirketinde kesintisiz olarak geçirilen sigortalılık süresi kadar indirilerek uygulanır.

Diğer Sigorta Şirketinden Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Kazanma Şartları

01.01.2026 tarihinden önce sigortalanan kişiler için geçerlidir:

Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, 1 aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Anadolu Sigorta'ya bireysel tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerden yenileme garantisi hakkı devralınmayan ya da önceki şirketinde yenileme garantisi verilmeyen kişilerin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi'ne hak kazanıp kazanmadıkları ile ilgili değerlendirme, Anadolu Sigorta'daki 2. yıllarının sonunda yapılacaktır. Bu sigortalılardan 2. senelerinin sonunda her bir yıl için poliçelerinde ödenen tazminatların primlere oranları %100'ün altında olanlara Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi verilecektir. 2. senelerinin sonunda Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi alamaya hak kazanamayan sigortalılar için bir sonraki sene Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi değerlendirilmesi yapılırken ilk kez Anadolu Sigorta'da poliçe yaptıran kişiler için geçerli kurallar uygulanacak olup; son dört yıl, her bir yıl için poliçelerinden ödenen tazminatlarının primlerine oranının %100'ün altında olan sigortalılara Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi verilecektir.

01.01.2026 tarihinden sonra sigortalanan kişiler için geçerlidir: Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek 1 aydan fazla süre ara vermeden yeni dönemde Anadolu Sigorta'ya bireysel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişiler için, önceki sigorta şirketinde kesintisiz olarak sigortalı olduğu süre de dikkate alınarak toplam 3 yıl olacak şekilde risk değerlendirmesi yapılarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilebilecektir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi sırasında gerekli görülen hastalıklar için kapsam dışı, üst limit, katılım payı ve/veya ek prim uygulanabilecektir.

16. İNDİRİM VE EK PRİM UYGULAMALARI

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

YENİLENECEK POLİÇE KADEMESİ - AYAKTA + YATIŞLI PLAN ve YATIŞLI PLAN

Yürürlükteki Polİçe T/P Oran (%)	0	1 -20 arasında	21 - 50 arasında	51 - 75 arasında	76 - 100 arasında	101 - 150 arasında	150'den büyük
7 (%10 indirim)	7	6	6	5	5	4	4
6 (%5 indirim)	7	6	6	5	4	4	3
5 (Baz)	7	6	5	5	4	4	3
4 (%10 ek prim)	6	5	4	4	3	3	2
3 (%20 ek prim)	6	5	4	3	3	2	2
2 (%30 ek prim)	5	4	3	3	2	2	2
1 (%50 ek prim)	3	3	2	2	2	2	1

%50 ek prim son iki yıl sigortalılık döneminde; her bir dönem için T/P oranı %150'nin üzerine çıkan sigortalılar için uygulanacaktır.

T/P oranı son üç yıl üst üste %150'nin üzerine çıkan sigortalılarımız risk değerlendirmesine tabi tutulacak ve poliçenin yenilenmesi Şirketimiz tarafından belirlenen koşullara göre yapılacaktır.

* 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.

Anadolu Sigorta'da ilk kez poliçe yaptıran kişiler 5. kademedan başlatılmaktadır. Sigortalının yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile "Tazminat"/"Sağlık Net Primi" (T/P) oranı dikkate alınarak, yenileme poliçesinin kademesi belirlenir.

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

- Bağlantılı kurum/müşteri indirimi; T.İş Bankası ve iştiraklerinde çalışan kişilere, eş, çocuk, ebeveyn ve kardeşlerine ve Şirketimiz tarafından özel anlaşma sağlanmış kurum ya da kuruluş mensuplarına tanınan bir indirimdir.
- Primleri aynı tüzel kişi tarafından karşılanan ve asgari 10 çalışanın sigorta kapsamına alındığı bireysel poliçelerde Şirketimiz tarafından belirlenmiş oranlarda indirim uygulanmaktadır. Bu indirim her bir poliçe için ayrı ayrı tanımlanmaktadır.
- Sigortalının poliçesine isteğe bağlı olarak eklediği teminatlar için Şirketimiz tarafından belirlenen ek prim ödenecek olup, bu prim tutarına herhangi bir indirim ya da ek prim uygulanmayacaktır.
- 01.01.2026 tarihinden önce sigortalanan kişiler için poliçe düzenlendikten sonra Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi alana kadar önemli bir hastalığı ortaya çıkan sigortalıların bir sonraki sene yenilenen poliçelerinde, bu hastalıkları için hastalık ek primi alınabilmektedir. Poliçenin yenilediği her sene geçerli olacak ek prim oranı, her bir hastalık için %75'i aşmamaktadır. 01.01.2026 sonrası sigortalanan kişiler için bu oran her bir hastalık için en fazla %200' olacaktır.
- Belirtisinin/bulgusunun ve/veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlara ilişkin tüm giderler, yapılan risk değerlendirmesi sonucunda, uygun bulunması halinde, belirli oranlarda hastalık ek primi uygulanarak poliçe kapsamına dahil edilebilmektedir. Hastalık başına, baz primin en fazla %200'ü oranında hastalık ek primi uygulanabilecektir. İnisiyatif Şirketimiz'e aittir.
- 0-17 (17 dahil) yaş aralığındaki çocuklar Şirketimiz bireysel sağlık sigortası kapsamında ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalılabileceklerdir. Bu durumda aşağıda belirtilen oranlarda ek prim uygulanarak poliçe düzenlenebilecektir;

YAŞ STANDART PRİM TUTARINA UYGULANACAK OLAN SÜRPRİM ORANLARI

0-6 %30

Yukarıda belirtilen yaş aralığındaki çocuklardan ek primlerin alınmaması için ebeveynlerinden en az biriyle aynı planda sigortalı olması zorunluluğu bulunmaktadır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) değerlendirmesine esas poliçenin Anadolu Sigorta'daki başlangıç tarihi 27.09.2023 tarihinden önce olan sigortalılar için geçerlidir. ÖBYG sahibi sigortalılarımızın aktüeryal olarak hesaplayacağımız tarife baz

primleri, poliçelerinin yenileme döneminde azami %75 oranında artacaktır. Azami artış oranı olan %75, enflasyon oranının %15'i geçmeyeceği varsayımıyla belirlenmiş olup, enflasyonun bu oranın üzerinde olması durumunda, aradaki fark %75'in üzerine eklenebilecektir." ÖBYG değerlendirmesine esas poliçenin Anadolu Sigorta'daki başlangıç tarihi 27.09.2023 tarihinden sonra olan sigortalılar için geçerlidir: ÖBYG Sahibi sigortalılarımızın "Sağlık Tarife Primi"ndeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak şartıyla aynı plandaki bir önceki senenin tarife priminin azami üç katıyla sınırlıdır. Sigortalının primi ikamet ettiği ile göre değişiklik göstermektedir.

17. POLİÇE ŞARTLARINDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASI

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

18. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

18.1. Prim Ödemeleri, Prim Ödemelerinin Yapılmaması Ve Sigortalının Talebi Nedeniyle 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 kart talimatı vererek,
- Türkiye İş Bankası Şubeleri aracılığıyla
- Türkiye İş Bankası interaktif işlemleri fatura ödeme talimatı ile

Doğrudan Sigorta Şirketine ödeyebilirler.

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

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

Sigortalının yazılı olarak poliçesinin iptalini istemesi halinde;

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

18.2. Beyan Edilmeyen Hastalıklar Nedeniyle Poliçenin İptali Veya Hastalıkların Kapsam Dışında Bırakılması

- a. 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.
- b. Poliçe kapsamında bulunan sigortalılardan herhangi birinin, poliçe genel şartlarına ve uygulama esaslarına ters düşen kasıtlı olarak yarar sağlama amacı güden bir girişimde bulunması durumunda, poliçe kapsamında bulunan tüm sigortalıların poliçesi derhal iptal edilecek ve alınan prim iade edilmeyecek ya da sigortalının varlığından haberdar olduğu halde sağlık beyanında belirtmediği, sigortacı tarafından sonradan tespit edilen hastalıkları poliçe kapsamı dışında bırakılarak poliçesi devam ettirilecektir.

18.3. Poliçenin Otomatik Olarak Feshi

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

-
- Bir sigortalının poliçesi eksik ve yanlış beyan ya da kötü niyetli bir hareketi nedeniyle iptal edilirse aynı poliçe kapsamında bulunan diğer aile bireylerinin de poliçeleri aynı gün itibarıyla iptal edilecektir.
 - Sözleşme sona ererse,
 - Eğer bağımlı bağımlılık niteliğini yitirirse poliçe otomatik olarak fesih olacaktır. Sigortalının boşandığı eşinin poliçesi boşanma günü itibarı ile iptal edilir. Evlenen çocukların poliçeleri evlenme tarihleri itibarı ile iptal edilir.

Otuz yaşını dolduran bekar çocuklar yenileme döneminde aile poliçesi kapsamında çıkartılırlar.

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

18.4. Sigortalının Vefatı

Sigortalının hastalığı veya yaralanması sonucu tedavi görülürken vefat etmesi durumunda; tedavisi için yapılmış olan giderler, poliçenin kapsamı ve teminatları dahilinde tazmin edilir. Sigortacı, tazminatın ödendiği tarih itibarıyla bütün yükümlülüklerini yerine getirmiş olur. Poliçe feshedilir ve gün esasına göre prim iadesi yapılır.

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

19. SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

TEMİNAT KAPSAMI

Madde 1

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

TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Madde 2

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

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

AKSİNE SÖZLEŞME YOKSA TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER

Madde 3

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

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

SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

Madde 4

Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

SİGORTANIN BAŞLANGICI VE SONU

Madde 5

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

SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME YAPILIRKEN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Madde 6

Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir. Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlarından kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarda yapmasını gerektirecek hallerde,

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

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

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

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

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

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

SİGORTA SÜRESİ İÇİNDE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Madde 7

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

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

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

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

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

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

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

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

PRİMİN ÖDENMESİ VE SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

Madde 8

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

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

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

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını

ihbar 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 ihbar 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 hanel 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 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.
- 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 göreceklere delilleri, kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.
- f. Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacı dava edilemez.
Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumundan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.
- g. Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşamadıkça alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1446.Maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.
- h. Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler.
Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.
- ı. Masraf miktarının tespiti teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

TAZMİNATIN SONUÇLARI VE SİGORTACININ HALEFİYET HAKKI

Madde 11

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

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

MÜŞTEREK SİGORTA

Madde 12

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

SIRLARIN SAKLI TUTULMASI

Madde 13

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

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

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

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