

NEFES SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Sayın Sigortalımız,

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

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

1. TEMİNATLARA AİT ÖZEL ŞARTLAR

1.1. NEFES SAĞLIK SİGORTASI POLİÇESİNİN KAPSAMI

Bu poliçe; Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Anadolu Sigorta Nefes Sağlık Sigortası Özel Şartları çerçevesinde sigortalının "Acil Durumlar Listesi"nde belirtilen acil durumlardan biri nedeniyle ortaya çıkmış ve ortaya çıkışından tedaviye başvurulması arasında en fazla 12 saat geçmiş olan durumlarda bir sağlık kuruluşuna gidilmesi halinde yapılacak olan ilk müdahale, ilk müşahade, dahili yatış ve ameliyat giderlerini, poliçedeki teminatlar ve aşağıda belirtilen şartlar dahilinde karşılar.

Bu poliçe kapsamında ödeme yapılabilmesi için, sigortalının tedavilerinin, poliçenin geçerli olduğu tarihler arasında gerçekleştirilmiş olması gerekmektedir. Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (komplikasyonlara) ilişkin tüm giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Varlığından haberdar olunmayan doğuştan gelen rahatsızlıkların akut krizlerine ait giderler ise poliçe teminat limitleri, özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları dahilinde ödenecektir.

Nefes Sağlık Sigortası Özel Şartları'nda belirtilen acil durumlar dışında meydana gelen hastalık ve kazalar sonucunda yapılan tedavi giderleri, teminat kapsamı dışındadır.

1.2. BİLİNMESİ GEREKEN ÖNEMLİ KONULAR

- Anlaşmalı/anlaşmasız kurum ayrımı olmaksızın; anlaşmalı kurum kadrolu/kadrosuz doktor ayrımı yapılmaksızın, yapılan tedavilere ait giderler poliçe teminat limitleri ile Nefes Sağlık Sigortası Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları dahilinde ödenir. Anadolu Sigorta ile anlaşması olmayan sağlık kuruluşlarında gerçekleşen tedaviler için fatura bedeli önce sigortalı tarafından ödenir. Fatura ile birlikte ilgili evrakların Anadolu Sigorta'ya ibraz edilmesini takiben, poliçe genel ve özel şartları doğrultusunda, sigortalının banka hesabına Anadolu Sigorta tarafından

tazminat tutarı ödenir. Anadolu Sigorta ile anlaşması olan sağlık kuruluşları ise, Anadolu Sigorta'nın provizyon sistemini kullanmaktadırlar.

- Sigorta şirketinin poliçe dönemi içinde bazı sağlık kuruluşları ile var olan sözleşmeleri iptal etme hakkı saklıdır.
- Nefes Sağlık Sigortası sahibi sigortalılarımız, anlaşmalı sağlık kuruluşlarımızda karşıladıkları ayakta tedavi giderlerini kendileri öderken, Anadolu Sigorta'nın anlaştığı indirimli fiyatlar üzerinden ödeme yaparak avantaj elde ederler.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi, hasarsızlık indirimi, tazminat ek primi, hastalık ek primi, mensup ve ilişkili kurum indirimi uygulamasının söz konusu değildir.
- Bir sonraki sene poliçeyi yenileyip/yenilememe inisiyatifi Anadolu Sigorta'ya aittir.

1.3. TEMİNATLARIN AÇIKLAMALARI

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

1.3.1. Acil Cerrahi Yatış Giderleri

Sigortalının, Nefes Sağlık Sigortası Özel Şartları'nda tanımlı Acil Durumlar Listesi'nde belirtilen hastalık ve durumların tedavisinin genel/lokal anestezi altında cerrahi bir müdahaleyi gerektirmesi halinde TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında tanımlanmış olan küçük ameliyat birimi ve üzerindeki tedavi amaçlı ameliyat masraflarına acil cerrahi yatış denir.

Ameliyat ile ilgili giderler: Ameliyathane kirası, operatör doktor, asistan, anestezi doktor ücretleri ile ameliyat esnasında kullanılan sarf malzemesi, ilaç, kan, serum vb. ameliyat ile ilgili her türlü tıbbi malzeme giderlerini içermektedir.

Tek anestezi altında birden fazla ameliyatın yapılması ve bunlardan birinin veya birkaçının teminat kapsamına girmemesi halinde teminat kapsamına girmeyen ameliyat ile ilgili hiçbir masraf ödenmez. Ödenmeyecek tutar, Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) güncel fiyat ve uygulama esaslarına göre hesaplanır ve toplam faturadan düşülerek tazminat ödenir.

1.3.2. Acil Dahili Yatış Giderleri

Sigortalının ameliyat ya da ameliyatı gerektirmese de Nefes Sağlık Sigortası Özel Şartları'nda tanımlı hallerden herhangi birinin tedavisi için hastanede yatmasını gerektiren durumlarda ortaya çıkan ameliyat dışındaki ilaç, pansuman, bandaj, alçı,flaster gibi malzemeler ve her türlü iğne ve serumları, kan ve kan ürünleri takılması gibi masraflar; doktor takip ve konsültasyon masrafları; hastanede yatan

sigortalının hastalığının takibi ve doktorun öngördüğü tedaviyi yönlendirici tetkikleri, tahlil, röntgen masrafları; hastane oda - yemek (standart tek kişilik özel oda ücreti ile sınırlı), refakatçi ve hemşire giderlerine denir.

1.3.3. Acil Ambulans Giderleri

Sigortalılarımız, Nefes Sağlık Sigortası Acil Durumlar Listesi'nde belirtilen durumlarda, Anadolu Sigorta adına bu hizmeti veren firmanın doktorlarının 7 gün 24 saat hizmet verdiği İstanbul'daki alarm merkezini sigorta kartlarının arkasında yazılı olan telefon numarasından arayarak, ücretsiz olarak, danışmanlık hizmeti alabilecekler ve bir doktor eşliğinde kara ambulansı hizmetinden yararlanabileceklerdir. Sigorta Şirketinin anlaşmalı olduğu firma, İstanbul dışında örgütlendiği il ve ilçelerde de bu hizmeti verecektir. İstanbul dışındaki sigortalılar aradığında Alarm Merkezi, yerleşim merkezine en yakın ambulansı doktor eşliğinde sigortalının adresine yönlendirecektir. Gelen ekip sigortalıyı evde tedavi edebileceği gibi, gerekirse uygun bir sağlık kuruluşuna götürecektir. Sigortalılar, Nefes Sağlık Sigortası Acil Durumlar Listesi'nde belirtilen durumlarda Anadolu Sigorta'nın anlaşmalı olduğu firmanın verdiği bu hizmet için herhangi bir ücret ödemeyeceklerdir.

Sigortalıların, acil vakalarda Anadolu Sigorta'nın anlaşmalı olduğu firmanın temin ettiği ambulans dışında bir ambulans kullanmaları halinde, ambulans giderleri her vakada Nefes Sağlık Sigortası Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile poliçede belirtilen limit dahilinde ödenir.

1.3.4. Acil Hastane Oda-Yemek-Refakatçi Giderleri

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

1.3.5. Acil Yoğun Bakım Giderleri

Sigortalının sağlık kuruluşlarında yoğun bakım ünitesinde yatışına neden olan her vakada, yoğun bakım giderleri, Nefes Sağlık Sigortası Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile poliçede belirtilen limit dahilinde ödenir.

2. UYGULAMALARA AİT ÖZEL ŞARTLAR

2.1. POLİÇELENDİRME

- Poliçelendirme sırasında sağlık beyanı alınmayacaktır.
- Sadece 0-64 yaş arasındaki kişiler sigorta kapsamına alınabilecektir. 18 yaşından küçük kişilerin ebeveynlerinden biri olmaksızın sigortalanma isteği kabul edilmeyecektir. 18 yaşından küçük kişiler ancak ebeveynlerinden biri ile birlikte sigortalanabilecektir.
- 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, çocukların tümünün sigortaya

dahil edilmesi gerekmektedir.

- Sigorta başlangıç tarihinden sonra poliçe kapsamı altına alınan bağımlı statüsündeki kişilerden, poliçeye dahil oldukları günden poliçe bitimine kadar olan süre baz alınarak, gün esaslı prim alınacaktır.
- Aile poliçelerinde aile indirimi uygulanmamaktadır.

2.2. POLİÇENİN YÜRÜRLÜĞE GİRMESİ

Nefes Sağlık Sigortası poliçesinin teminatı, poliçenin tanzim edilmesi ve primin tamamının veya belirlenen ilk taksitinin ödenmesi koşulu ile başlar.

2.3. SİGORTA SÖZLEŞME SÜRESİ

Nefes 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, 01.01.2019 tarihinde saat 00:01 itibarıyla başlar, 01.01.2020 saat 00:01 itibarıyla sona erer.)

2.4. PAKET DEĞİŞİKLİĞİ

Sadece yenileme dönemlerinde söz konusu olabilir. Yenileme döneminde, mevcut poliçeye göre Nefes Sağlık Sigortası kapsamında daha geniş kapsamlı bir ürüne geçiş, Anadolu Sigorta'nın bu durumu onaylaması koşuluna bağlıdır.

Nefes Sağlık Sigortası poliçesinden, Anadolu Sigorta'nın bireysel ya da kurumsal sağlık sigortası poliçesine kazanılmış haklarla geçiş olmayacaktır.

2.5. POLİÇENİN OTOMATİK OLARAK FESHİ

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

- Poliçe kapsamında bulunan sigortalılardan herhangi birisinin poliçesinin, poliçe genel şartlarına ve uygulama esaslarına ters düşen, kasıtlı olarak yarar sağlama amacı güden bir girişimde bulunması veya kötü niyetli bir hareketi nedeniyle iptal edilirse, bu eylemi gerçekleştiren sigortalının poliçesi ile birlikte, aynı poliçe kapsamında bulunan diğer sigortalıların da poliçesi aynı gün iptal edilecek ve alınan prim iade edilmeyecektir.
- Sözleşmenin sona ermesi halinde poliçe otomatik olarak iptal olacaktır.
- Sigortalı prim ödemelerini vadelerinde yapmazsa poliçe iptal olacaktır.

2.6. SİGORTACININ RÜCU HAKKI

Anadolu Sigorta, sigortalının veya doktorun yanlış ve/veya eksik bilgilendirmesi yüzünden poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen ödemeler yapmak durumunda kalması halinde, teminat kapsamı dışında yapılan bu ödemeleri sigortalıya rücu ederek tahsil eder. Ayrıca bu uygulama, sigortacının poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen harcamalarla ilgili olarak "Ayakta Tedavi Direkt

Ödeme Anlaşması" gereği sigortalı adına "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarına" yapmak zorunda kaldığı ödemeler için de geçerlidir.

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

2.7. SİGORTALININ DOKTORA MUAYENE ETTİRİLMESİ VE İNCELEME YAPILMASI

Sigortacı, bir tazminat talebinin işlem görmesi sırasında, gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı belirleyeceği doktora muayene ettirme hakkına sahiptir. Ayrıca, sigorta süresi öncesi ve sonrasında sigortalıyı tedavi eden tüm doktorlar, sağlık kuruluşları ve üçüncü şahıslardan sigortalının sağlık özgeçmişini hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını isteme hakkına da sahiptir.

2.8. 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.

2.9. POLİÇENİN COĞRAFİ SINIRI

Bu poliçe sadece Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sınırları dahilinde geçerlidir.

2.10. SİGORTALININ VEFATI

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

2.11. POLİÇE ŞARTLARINDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASI

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

2.12. 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 ödeyebilirler.

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

kaldırmaz.

Sigorta ettiren, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise peşinatı ya da kesin vade tarihleri poliçe üzerinde belirtilen taksitlerden herhangi birini vade bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer.

Sigorta ettirenin prim ödeme borcunda temerrüde düşmesi halinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır ve Borçlar Kanunu'nun 107. maddesinin 3. bendi uyarınca herhangi bir mehile ve fesih ihbarına gerek kalmaksızın sözleşme derhal feshedilmiş olur.

Prim borcunu ödemekte temerrüt sebebiyle sigorta sözleşmesinin feshedilmesi halinde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esasından hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

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.

3. ACİL DURUMLAR LİSTESİ

1. Şuur Kaybına Neden Olan Her Türlü Durum: Kişinin bilinç durumunda bozulmaya yol açabilecek bayılma, kalp travması, sara krizi vb. durumlar. (Bilinen tespit edilmiş kronik hastalıklara bağlı durumlar teminat dışıdır.)
2. Zehirlenmeler: Olay anında yaşamsal fonksiyonları bozmuş olan ya da ilerleyen saatlerde bozma ihtimali yüksek olan maddelerin ağızdan alınması, kimyasal maddelerin cilde teması ya da zehirli gazların solunması.
3. Trafik Kazası: Omurga yaralanmaları ve kanamalı kırıkların olduğu akut durumlar. 0 an için hastanın durumunu etkilemese bile iç kanamaya yol açabilecek ciddiyette göğüs, karın ya da kafa travmaları, vücutta büyük kanamaya yol açan; araç parçalarının yol açtığı kesici, delici yaralanmalar.
4. Şuur Kaybıyla Beraber Olan Baş Ağrıları ve Kusmalar: Baş ağrısı ve kusmayı, bilinç kaybının takip ettiği durumlar.
5. Akut Solunum Problemleri: Geçirilmekte olan astım krizi, ciddi solunum yetersizliğine yol açabilecek suda boğulma, yabancı cisim yutma, alerjik reaksiyon, solunum yolu yanıkları (İntihar girişimleri hariç).
6. Yüksek Ateş (39,5 °C ve üzeri): Zehirlenme, infeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konvazyona (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede yükselmesi.
7. Ciddi Alerji, Anafaktik Tablolar: Kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları.
8. Akut Batın: Mide, barsak gibi içi boş organların delinmesi

- (Poliçe öncesi tespit edilmiş mide-duodenum ülseri olanlarda ve kronik alkol kullanımı olanlarda kapsam dışıdır.), barsak tıkanması ya da düğümlenmesi, safra yollarının taş veya iltihap nedeniyle tıkanması, apandisit, pankreatit gibi ciddi organ iltihaplanmaları, barsak ya da periton arterlerinde tıkanma, renal kolik (böbrek taşına bağlı ağrı) vb. gibi acil cerrahi müdahale gerektiren, karın içi organlarla ilgili hastalıkların ortaya çıkması.
9. Yüksekten Düşme: Trafik kazalarında anlatılan durumun aynısı geçerlidir.
10. Hayati Kazalar, Uzuv Kopması: 3. maddedeki durumlara ek olarak yapılan mesleğe özel acil durumlar. Örneğin; zehirli gazların solunması, kimyasal maddelerin içilmesi ya da kişinin üzerine dökülmesi, parmak, el, ayak, kol veya bacağın kısmen ya da tamamen kopması.
11. Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi: Sinir sistemi fonksiyonları dolayısıyla da yaşamsal fonksiyonları etkileyebilecek, bilinç durumunda değişikliklere yol açabilecek beyin ve beyni çevreleyen zarla ilgili iltihabi, infektif hastalıklar.
12. Elektrik Çarpması: Yanık, organ hasarı yapabilecek ya da kalp ritmini bozabilecek derecede ciddi elektrik çarpmaları.
13. Ciddi Göz Yaralanmaları: Gözde hasara yol açabilecek ciddiyette kesici, delici alet yaralanması, kunt travma ya da kimyasal madde teması.
14. Kurşunlanma, Bıçaklanma, Darp: Bu nedenlerle; organ zedelenmesine, hayatı tehdit edecek derecede kanamaya veya ilerleyen saatlerde hayatı tehdit edecek derecede genel durum bozulmasına yol açabilecek kesici delici alet yaralanmaları, kunt travmalar, yanıkların olduğu durumlar. Sigortalının, bilerek ve isteyerek kavgaya karışması sonucu meydana gelen durumlar poliçe kapsamı dışındadır.
15. Suda Boğulma: Solunum ya da kalp durması durumları veya hastanın genel durumda boğulmaya yol açacak derecede akciğerlere su girişinin olduğu durumlar.
16. Donma, Soğuk Çarpması: Hayati fonksiyonları etkileyecek şoka götürebilecek, uzuvlarda kangren yapabilecek derecede soğuğa maruz kalınması
17. Isı Çarpması: Kalp ritmini, tansiyonu ya da bilinç durumunu etkileyecek derecede güneş etkisinde ya da sıcak ortamda kalma durumları.
18. Ciddi Yanıklar: Büyük sıvı kaybına, organ kaybına ya da cilt hasarına yol açabilecek genişlikte ateş, kimyasal madde, elektrik vb. yanıkları, solunum yollarında daralmaya yol açabilecek derecede duman ya da sıcak hava solunmuş olması.
19. Akut Masif Kanamalar: Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar.
20. Omurga ve Alt Extremité Kırıkları: Büyük dış veya iç kanamaya yol açan bacak kırıkları ve her türlü omurga kırıkları.
21. Tecavüz
22. Dekompresyon Hastalığı: Mesleki, sportif vb. nedenlerle derin dalış durumundayken kontrolsüz ve hızlı şekilde yüzeye çıkılması nedeniyle oluşan, halk arasında vurgun

yemek olarak tabir edilen durum.

23. Akut Miyokard Enfarktüsü ve Yatarak Tedavi Gerektiren Ciddi Ritim Bozukluğu : Poliçe öncesine dayanan koroner arter hastalığı ve ritim bozukluğu tanısı yoksa, Akut Miyokard Enfarktüsü ve yatarak tedavi gerektiren ciddi ritim bozukluğu (Kesin tanının doktor raporu ve tetkiklerle konmuş olması gerekir.).
24. Ani Felçler: Poliçe öncesinde tanısı konmuş herhangi bir hastalığa bağlı olmaksızın ani oluşan felçler; beyin kanaması (Hipertansiyonu olanlarda ve doğumsal damar anomalisi olanlarda, poliçe öncesi bilinen beyin kist ve tümörlerinde beyin kanaması kapsam dışıdır.), omurga yaralanması vb. nedenlerle kişinin uzuvlarının ya da tüm vücudunun hareket kabiliyetini ya da hissetme kabiliyetini yitirmesi. (Yüz felci kapsam dışıdır.)
25. Dış Gebelik Rüptürü (Tanısı daha önce konulmuş olanlar ile takibe alınanlar için kapsam dışıdır.)
26. Akut Böbrek Yetmezliği (Gebelik toksemisi ve intihar teşebbüsü sebebi ile oluşan durumlar kapsam dışıdır.)
27. Hayvan Isırıkları
28. Diyabetik ve Üremik Koma: Diyabet ve Akut Böbrek yetmezliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar gidebilecek durumlar.

4. ÖZEL ŞARTLAR KAPSAM DIŞI DURUMLAR LİSTESİ

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı hallere ek olarak, Sağlık Sigortası Genel Şartları Kapsam Dışı Durumlar başlığı altındaki 'h' maddesine dayanarak, gerçekleşme nedeni ne olursa olsun, aşağıdaki maddelerde belirtilen haller ile ilgili her türlü giderler,
2. Sigortalıların, poliçelerinde de belirtilen ve kapsam dışı bırakılan hastalıklarına ve bu hastalıkların komplikasyonlarına ait giderler,
3. 12 saatten uzun bir süredir var olan rahatsızlıklara ait giderler, Nefes Sağlık Sigortası Acil Durumlar Listesi'nde belirtilen hallere uymayan durumlar,
4. Kronik hastalıkların tedavi görülen ya da görülmemen her türlü akut krizi,
5. Sigorta başlangıç tarihinden önce, sigortalının varlığından haberdar olduğu ve/veya tetkik yaptırdığı ve tedavi gördüğü rahatsızlıklardan ileri gelen sağlık giderleri, sigortalılık öncesinde uygulanan ameliyatların tüm komplikasyonları,
6. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar,
7. Sigortalının kazaen yaralanmasının gerektirdiği müdahaleler dışındaki her türlü estetik amaçlı yapılan müdahaleler, varis sklerozan tedavisi(skleroterapi); kozmetik amaçlı tedaviler, alopesi (saç dökülmesi), saç ekimi, hirsutizm (kılınma), jinekomasti tetkik ve tedavileri vb., meme küçültme ve büyütme; ortoptik tedavi, deri nemlendirici ve temizleyici preparatlar, tatlandırıcılar; şişmanlık tetkik ve tedavisi, diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç vb. maddeler, asteni, şifa kürleri, çamur banyoları, karantina, akupunktur, masaj, mezoterapi, hidroterapi,

- manyetoterapi, ses ve konuşma terapileri vb.; huzurevi, sanatoryum, kaplıcalar, jimnastik ve güzellik salonları, ayak bakım merkezleri ve poliçede belirtilen "Sağlık Kuruluşu" tanımına uymayan kuruluşlardan alınan faturalar; alternatif tıp tedavi masrafları, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan Food And Drug Administration (FDA) kurumundan onay almamış ya da halen deneysel aşamada olduğu kabul edilen tetkik ve tedaviler, gen terapi, anti-aging (geriye yaşlanma) programı, dengeli beslenme ve kişiye uygun diyet-egzersiz programları uygulayan sağlık merkezi ve/veya doktorların her türlü muayene, tetkik ve tedavi giderleri, anti-aging uygulamaları için yapılan her tür tetkik, takip, girişim ve ilaç bedelleri, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy- Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi), metabolik sendrom tanısıyla ilgili her türlü muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
8. Poliçede belirtilen "Doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
 9. Her türlü sünnet (Phimozis nedeniyle olsa bile), isteğe bağlı kürtaj, kısırlaştırma, doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,
 10. Sigortalı olmadan önceki maluliyetler ve bunların gerektirdiği tedaviler, ameliyat ve organ nakilleri ile varlığından haberdar olunan doğuştan gelen anomali ve hastalıklar, genetik testler ve genetik hastalıklar, motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler,
 11. 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 ,
 12. Psikiyatrik hastalık tedavisiyle ilgisi olsun veya olmasın, psikotrop ilaçlar, psikiyatrik hastalıklar, psikiyatri kliniklerinde ve/veya psikiyatri doktorları ve psikologlar tarafından yapılan tetkik ve tedaviler,
 13. Çocuk mamaları, çocuk bezleri, biberon ve emzikler; her türlü sabun, şampuan ve solüsyon, alkol ve kolonyalar; hidrofilye pamuk, termometre, buz kesesi, sıcak su torbası vb. sıhhi malzemeler; uyku apne cihazı, işitme cihazı, tekerlekli iskemle, ortopedik tabanlık, diş protezleri vb. yardımcı tıbbi malzeme ve cihazlar ile telefon, TV masrafları, tedavi için gerekli olmayan malzemeler ve sair idari masraflar,
 14. Her türlü aşı giderleri,
 15. Her türlü alerji testi ve alerji aşlarına ilişkin giderler,
 16. Hepatit markerleri,
 17. 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,
 18. AIDS ve HIV virüsüne bağlı hastalıklar ile zührevi hastalıklar,
 19. Organ ve doku nakillerinde vericinin (Donör) masrafları, organ ve doku ücretleri ve organ ve dokunun ulaşım masrafları,
 20. Tehlikeli tarzdaki sportif faaliyetlere (Binicilik, sürücülük, dağcılık, tırmanma, kano, rafting, paraşütle atlama, gökyüzü kayağı, bungee jumping, sivil havacılık, deltaplan, planör, balon vb.) katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar,
 21. Profesyonel veya amatör lisanslı sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar,
 22. Taburcu olunduktan sonraya ait tüm tedavi giderleri,
 23. Sigortalının tazminat talebinde bulunurken veya tedavi görürken yaptığı ulaşım, konaklama masrafları vb.,
 24. Hangi nedenle olursa olsun diş hekimleri ve çene cerrahlarınca yapılan muayene, tetkik, diş, diş eti tedavisi ile çene tedavilerine ilişkin tüm giderler,
 25. Gözlük, cam, çerçeve, lens giderleri; gözde kırılma kusurunun (Myopi, vb.) giderilmesine yönelik müdahaleler ve şaşılık ile ilgili giderler,
 26. Poliçede yer almayan teminatlara ilişkin her türlü tetkik ve tedavi giderleri,
 27. Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner VCT Anjiyo 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,
 28. Sigortalılarla, birinci ve ikinci derecede kan bağı olan kişilerin yapmış oldukları muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
 29. Hastalık tanı ve tedavisinde kullanılmayan, tıbbi malzeme ve yardımcı tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne ad ve isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli (robotik cerrahi kullanım-kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler,
 30. Normal oda dışındaki odalarda kalınması durumunda, suit ve lüks oda farkı,
 31. Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
 32. Her türlü omurga eğriliği (kifoz, skolyoz, vb.),
 33. Akne (sivilce), komedon, genital siğil ve kondilom, nevüs (ben), horlama ve uyku apne sendromu, pre-menopoz, menopoz ve komplikasyonlarına (Kemik erimesi vb.) ait giderler,
 34. 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.,
 35. Her ne nedenle olursa olsun kadınlarda yumurta toplama ve saklama işlemi ile erkeklerde sperm toplama ve saklama işlemine ait tüm giderler,
 36. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalarla ilgili giderler ödenmez.

5. KAVRAMLARIN TANIMLARI

Sigortacı: Anadolu Sigorta.

Sigortalı: Başvurusu Anadolu Sigorta tarafından kabul edilmiş ve poliçesi düzenlenmiş kişidir.

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

Eş: Sigortalının kanuni olarak evli olduğu kişidir.

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

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

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

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

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

Tedavi: T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş ve K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı'nca yetki belgesi verilmiş; sağlık kuruluşlarında (Hastane, klinik ve poliklinik), özel doktor muayenelerinde görevli, çalışmaya ehliyetli doktorlarca, hastalıkları tedavi etmek amacıyla yapılan işlemlerdir. Anadolu Sigorta tarafından sigortalanan bir doktorun kendi kendini tedavi etmesi ile ilgili giderler ödenmez.

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

Ayakta tedavi: Oda ve yemek teminatı verilmeksizin sağlık kuruluşlarında, özel doktor muayenelerinde 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 Nefes Sağlık Sigortası Özel Şartları gereği, sigortalıya verdiği taahhütlerdir.

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

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

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

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

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

6. 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 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,

- 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;

- Sözleşmeyi fesheder veya
- 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 esasından 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 başlar.

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 hâde, 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 indirime ilişkin hükümler saklıdır.

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

Sigorta ücretinin kambiyo senetlerine bağlanması borcun niteliğini değiştirmediği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da hâle getirmez.

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Madde 9

A. Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

I. Sigorta ettiren / sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya

yazı ile bildirmeye mecburdur.

II. Sigorta ettiren/sigortalı söz konusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimlerden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

B. Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

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

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

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

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

- Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.
- Kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz.
- 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 hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu

bir tutanakla tespit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda, anlaşamadıkları sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir.

Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

- b. Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem bilirkişisini tayin etmez yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişileri üçüncü hakem bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf hakem hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.
- c. Her iki taraf üçüncü hakem-bilirkişisini bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.
- d. Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tespit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdiremez.

İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

- e. Hakem-bilirkişiler masraf miktarının tespiti bakımından gerekli 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.

- i. Masraf miktarının tespiti teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak

düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

TAZMİNATIN SONUÇLARI VE SİGORTACININ HALEFİYET HAKKI

Madde 11

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

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

MÜŞTEREK SİGORTA

Madde 12

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

SIRLARIN SAKLI TUTULMASI

Madde 13

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

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

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

Sigortalı hakkındaki sırlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sırların saklı tutulmasından sorumludur.

TEBLİĞ VE İHBARLAR

Madde 14

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

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

YETKİLİ MAHKEME

Madde 15

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

bakmakla görevli mahkemesidir.

ZAMAN AŞIMI

Madde 16

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

ÖZEL ŞARTLAR

Madde 17

Poliselere, 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.