



T.C.
İSTANBUL
KÜLTÜR
ÜNİVERSİTESİ

**TAMAMLAYICI GRUP SAĞLIK SİGORTASI
TEKNİK ŞARTNAMESİ
(2024 - 2025 DÖNEMİ)**

REF: 2024/10083155

Üniversitemiz çalışanları ve onların sigortalanacak eş ve 30 yaşına kadar olan evlenmemiş çocukları, üvey çocukları ve kanuni yoldan evlat edindiği çocuklarının (eş ve çocukların sigorta bedeli eş ve çocuğunu sigorta ettirmek isteyen personelin kendisi tarafından yatırılacak olup bu bedel birim fiyatları teklifte personel birim fiyatından ayrı olarak belirtilmelidir) ayakta ve yatarak tedavi giderlerini Sağlık Sigortası Genel Şartları ve bu sözleşmenin şartları çerçevesinde kapsam içine alan bir Tamamlayıcı Grup Sağlık Sigortası Sözleşmesi düzenlenmiştir.

1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI

Bu sigorta, sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini sadece Sigorta Şirketi tarafından belirlenmiş kurumlarda geçerli olmak üzere poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.

Sağlık poliçeleri 1 yıllık düzenlenir. Poliçede/zeyilnamede yazılı olan poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz.

Sigorta poliçesinin kapsamı ancak SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerli olup, aksi durumda kişilerin poliçe kapsamına alınması söz konusu değildir. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar Sigorta Şirketi tamamlayıcı sigorta poliçesini devam ettirebilir ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden işlerlik kazanır.

Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar. Prim tahsilatı, peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır.

Sigorta Şirketi poliçenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kuruluşu SAGMER ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkına sahiptir. Sigortalının poliçe satın alması ile kendi sağlık

geçmiş ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme hakkı Sigorta Şirketi'ne izin vermiş olur. Sigorta Şirketi bu inceleme için kendi adına bağımsız temsilciler atayabilir.

2.TANIMLAR

Acil:

Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Sigorta Şirketi Özel Şartları gereği kapsam dışı olmayan ani bir hastalık, kazaveya yaralanma sonucu meydana gelen ve hastanenin acil servisinde 24 saat içinde müdahale edilmediği hallerde sigortalının hayatını tehlikeye sokan durumlardır.

1. Trafik Kazası
2. Suda boğulma
3. Darp ve benzeri genel vücut travması (yüksekten düşme, uzuv kopmaları, tüm kırıklar ve çıkıklar, darbesonucu sinir kopmaları ya da kesilmesi, akut masif kanamalar vb.),
4. Kurşunlanma, bıçaklanma (cürüm ve cürüme teşebbüs hali istisnadır)
5. Tahriş edici madde yanıkları
6. Solunum yolu zehirlenmeleri (intihar girişimi kapsam dışıdır)
7. Hayvan ısırması veya böcek sokulması sonucu oluşabilen anjioödem ve her türlü anaflatik şok tablosu
8. 3 üncü derece yanıklar
9. İlaç, gıda ve kimyasal madde zehirlenmeleri (intihar teşebbüsü hariç)
10. Akut Miyokart Enfarktüsü ile ilgili tedaviler.
11. Solunum sistemine yabancı cisim kaçması
12. Akut Apendisit
13. Polişe öncesinde tanı konmuş herhangi bir hastalığa bağlı olmaksızın ani oluşan felçler (yüz felci kapsam dışıdır)
14. Mide delinmesi (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır)
15. Mide kanaması (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır)
16. Menenjit, ensefalit ve beyin absesi
17. Elektrik çarpması
18. Donma
19. Göz yaralanmaları
20. İleus (ani barsak tıkanıklığı)
21. Akut Pnömotoraks (akciğerin delinmesi kendiliğinden veya travma sonucu)
22. Akciğer embolisi
23. Beyin embolisi
24. Aort diseksiyonu
25. Ani işitme kaybı
26. Ani görme kaybı
27. Akut pankreatit (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır)

Anlaşmalı Kuruluş:

SİGORTA ŞİRKETİ den poliçe almış olan sigortalılara sağlık hizmeti veren ve Sigortacı ile özel anlaşması bulunan hastane, poliklinik, tanı merkezi, fizik tedavi merkezi, eczane ve doktor muayenahaneleridir. Anlaşmalı kuruluşların isimleri, Sigortacı SİGORTA ŞİRKETİ ne ait www.SİGORTA ŞİRKETİ.com.tr adresli web sayfasında belirtilmektedir. İlgili anlaşmalı kuruluşlarda değişiklik yapma hakkı Sigorta Şirketi nde saklıdır.

Anlaşmasız Kuruluş:

SİGORTA ŞİRKETİ ile özel anlaşması bulunmayan www.Sigorta Şirketi.com.tr adresli web sayfasında yer alan Anlaşmalı Kurum ağında ismi yer almayan sağlık kuruluşu ve özel doktor muayenahaneleridir

Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri: Yurtiçinde 24 saat 365 gün boyunca acil yardım, ambulans hizmetlerinin Genel ve Özel Şartlar çerçevesinde karşılanmasını içerir

Bekleme Süresi:

Sigortalının yatarak tedavi sağlık giderlerinin ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

Doğumsal (Konjenital) Hastalık: Motor ve mental gelişim bozukluklarıdır.

Önceden Mevcut Hastalık:

Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ile gelişim süreci açısından sigorta başlangıç tarihinden öncesine dayalı rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlardır.

İştirak Oranı: Sigortalının teminat kapsamındaki her bir masrafa poliçede belirtilen oranda katılmasıdır.

Kadrolu Doktor: Sağlık kurumunun tam ve yarı zamanlı sözleşmeli doktorları arasında yer alan, sağlık kurumu ile sigorta şirketi arasında kurulan anlaşma şartlarını kabul etmiş doktordur.

Katılım Protokolü: Sigorta şirketi tarafından sigortalının belirli bir hastalığı için uygulanan ve sadece yatarak tedavi teminatı kapsamına giren durumlar için geçerli sigortalı katılım payıdır.

Kaza: Sigortalının doğal oluşan şartlardan veya herhangi bir hastalıktan kaynaklanmayan, ani ve dışarıdan gelen bir olaydan dolayı iradesi dışında meydana gelen olaylarla karşı karşıya kalmasıdır.

Kazanılmış Haklar: Sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortası poliçesine sahip olan bireylere sunulmuş haklardır.

Diğer şirketlerden veya sağlık kurumlarından gelen kişisel raporlarındaki mevcut sağlık durumlarına göre tıbbi risk değerlendirmesi yapılarak kazanılmış hakların içeriği belirlenir. Buna göre hazırlanmış

fiyat tanıtımının sigortalı adayı tarafından kabul edilmesi halinde, sigortalı ve sigorta şirketinin uzlaştığı konular sigortalının kazanılmış hakları olarak adlandırılır.

Mesleki Hastalıklar: Sigortalının iş yerinde yaptığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir nedenle veya işin yürütüm koşulları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık ve ruhi arıza halleri meslek hastalığı olarak kabul edilir.

Asbestozis, silikozis, silikotuberkülozis, kuş gribi vb. hastalıklar, işyerinde bulunan asbest, alüminyum, civa, kadmiyum, kurşun, kromiyum, manganez, arsenik, fosfor, berilyum, vanadium, talium, ağır metal, nikel, talaş,kimyasal maddeler, işyeri ortamında bulundurulmuş virüs ve benzeri biyolojik canlılar, işyerinde maruz kalınan radyasyon ve mekanik ajanların etkisi ile ortaya çıktığı rapor edilen hastalıklar mesleki hastalıklar olarak kabul edilir.

Muafiyet (Kapsam Dışı Haller): Sigorta Şirketi tarafından sigortalının belirli bir hastalığı için uygulanan ve Sigorta Şirketi tarafından ödenmeyen sigortalı tarafından ödenmesi gereken durumlardır.

Poliçe:

Sigorta Şirketi tarafından düzenlenen sağlık sigortası sözleşmesi.

Poliçe Başlangıç Tarihi:

Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların ilk kez veya varsa müteakip kez yinelenmesinde yürürlüğe girdiği tarihtir. Poliçe belirtilen tarihte türkiye saati ile öğlen 12.00'da yürürlüğe girer.

Poliçe Bitiş Tarihi:

Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların sona erdiği tarihtir. Poliçe belirtilen tarihte türkiye saati ile öğlen 12.00'da sona erer.

Poliçe Özel Şartları:

Poliçeye ait ve ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde belirtilen hükümlerin sigorta ettiren /sigortalı aleyhine hükümler içermeyen, sigortacı tarafından hazırlanmış ürüne özel şartlardır.

SİGORTANIN TEMİNATLARI

3.1.Yatarak Tedavi

Yatarak Tedavi teminatı cerrahi ve dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, küçük müdahale, koroner anjiyografi giderlerinden oluşur. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.

Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- Sigortalının SGK ile anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,
- SGK ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da SGK ile anlaşmalı olması,
- SGK ile anlaşmalı olan hastane ile Sigorta Şirketi'nin sigortalının tedavi göreceği brans/doktor adına Sigorta Şirketi Tamamlayıcı Sigorta anlaşmasının olması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın Sigorta Şirketi Tamamlayıcı Sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Acil durumlar haricinde, yatarak tedavi teminatından yapılacak harcamalar için planlanan tedavi tarihinden en az 3 gün önce provizyon merkezimize başvuru yapılmalıdır. Poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede tedavisinin devam ettiği durumlarda, ilgili tüm masraflar poliçebitiş tarihinden itibaren 10 gün süreyle poliçe özel ve genel şartları doğrultusunda teminat kapsamındadır.

Ambulans Hizmetleri

SİGORTA ŞİRKETİ'nden sağlık sigortası alan her Sigortalı Sigorta Şirketi Acil Yardım Hattı'nın sağlık danışma ve acil ambulans hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır.

Sigortalının hayatını tehdit eden acil durumda yerinde müdahale ve/veya en yakın uygun sağlık donanımına sahip kuruluşa; Sigortalının tedavisinin gerçekleştiği hastanede uygun ekipmanın olmaması durumunda bedensel zarar ve hastalığa özel daha uygun ekipmanlı bir hastaneye, gereken gözetim altında kara ambulansile naklini içeren bir teminattır.

3.1.1 Suni Uzuv Giderleri (Yıllık)

Sigortalının hastalık veya kaza sonucu uzuv kaybı olması halinde, kaybolan uzuva ait fonksiyonların yerine koyması için gereken suni uzuv giderleri bu teminat kapsamındadır. Elini kaybeden bir kimsenin ihtiyaç duyacağı takma el, göz kaybı nedeniyle gerekebilecek takma göz vb. giderler bu teminattan karşılanır. Kanserameliyatı sonrasında olacak meme ve testis protezleri Yatarak Tedavi Teminatı kapsamındadır. Robotik uzuvlar kapsam dışındadır.

3.1.2 Yardımcı Tıbbi Malzeme Giderleri (Yıllık)

Sigortalının tedavisini desteklemek amacı ile gereken yardımcı tıbbi malzemeler; koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, boyunluk, ortopedik destekleyiciler, tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi ve her türlü diğer ortopedik destekleyici giderler bu teminat kapsamındadır.

3.1.3 Evde Bakım Teminatı (Yıllık)

Hastaneye yatışı takiben, sigortalının kendi evinde bir hemşirenin bakımı altına alınması gerekliliği halinde oluşan masraflar bu teminat kapsamındadır. Beslenme, genel vücut temizliği (bez değişimi, sürgü, yıkanma), tedavi (ilaç verilmesi, enjeksiyon, serum ve sonda takılması, pansuman yapılması) gibi hizmetler Evde Bakım Teminatı kapsamında değerlendirilir.

Sigortalının desteğe gereksinimi olan kronik hastalığı olması halinde gereken bakım masrafları (diyete uygun yemek temini, yemek yedirme, kişisel temizlik vb) bu teminat kapsamına girmez.

Tedavi masraflarının ödenebilmesi için sigortalının tedavisini yürüten hekimin evde bakım gerekliliğini bildiren raporunun ibraz edilmesi ve evde bakım ile ilgili organizasyonun sigorta şirketi tarafından yapılması şarttır. Tedaviyi yürüten hekimin evde bakım gerekliliğini teyit eden raporunun olmaması veya evde bakım hizmetinin sigorta şirketi tarafından organize edilmemesi halinde oluşacak giderler bu teminat kapsamı dışındadır.

3.2 Ayakta Tedavi (Bu teminat ancak "Ayakta Tedavi" teminatının alınması durumunda geçerlidir.)

Ayakta tedavi; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri, fizik tedavi teminatlarından oluşur.

Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- Sigortalının SGK ile anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,
- SGK ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da SGK ile anlaşmalı olması,
- SGK ile anlaşmalı olan hastane ile Sigorta Şirketi'nin sigortalının tedavi göreceği brans/doktor adına Sigorta Şirketi Tamamlayıcı Sigorta poliçesi anlaşmasının olması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın Sigorta Şirketi Tamamlayıcı Sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlıksigortası genel şartlarına uygun olması.

Ayakta Tedavi teminatı bir poliçe dönemi içerisinde poliçe üzerinde gösterilen limit /kullanım hakkı ile sınırlıdır.

Ayakta Tedavi Teminatında bulunan doktor muayenesine bağlı olarak uygulanacak tetkikler (röntgen, görüntüleme yöntemleri fizik tedavi) yine aynı muayene limiti içinden karşılanacaktır.

Sigorta Şirketi Tamamlayıcı Sigorta Poliçesinde anlaşmalı kurumlar dışında yapılan muayene sonrası oluşabilecek tetkik ve / veya tedaviler Sigorta Şirketi anlaşmalı kurumlarında yapılsadahi poliçe teminat kapsamı dışındadır.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili müdahale ve yatarak tedavi giderleri, rahatsızlığın aniveya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile kapsam dışındadır.

1. Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat hastalıkları, varikosel
2. Her türlü disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri, endoskopik işlemler, fizik tedavi işlemleri (**Kolonoskopi, gastroskopi gibi tanı amaçlı endoskopik işlemler, fizik tedavi işlemleri poliçe de ayakta tedavi olmadığı durumlarda kapsam dışıdır.**)
3. Her türlü fıtık (kasık fıtığı, mide fıtığı vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları, katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları, pilonidal sinüs, hemoroit, fistül, fissür ve perianal abse ameliyatları tonsillit, geniz eti, sinüzit ve orta kulak cerrahisi
4. Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), varis (özefagus varisleri dahil), hidrosel, spermatosel,
5. Organ yetmezlikleri, organ nakilleri.
6. Polip, lipom, kist, nodül ve benzeri oluşumlar ile maling karakter içermeyen her türlü iyi huylu

kitle,(lipom,nevüs (ben), siğil alımı vb..)

7. Uyku apnesi nedeni ile yapılacak her türlü cerrahi girişim; uvula elongasyonu, sarkık damak ve benzer rahatsızlıklar
8. Tuzak nöropatiler, halluks valgus, tetik parmak,
9. Hamilelik ve doğum giderleri

5.TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucuyaralanmaları teminat dışında kalır :

1. Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
2. Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
3. Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
4. Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
5. Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
6. 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.
7. Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
8. Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.
9. Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüksetmesi ve komplikasyonları,
10. Sigortalıların, poliçelerinde de belirtilen ve kapsam dışı bırakılan hastalıklarına ve bu hastalıkların komplikasyonlarına ait giderler,
11. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı durumda meydana gelen sağlık giderleri,
12. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
13. Sigorta Şirketi Tamamlayıcı Sigortası Poliçesinde anlaşmalı kurumları dışında gerçekleşecek tedavilere ait sağlık giderleri(acil durumlar da dâhil)
14. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavigiderleri,
15. İlaçlar, tetkikler için kullanılan kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri, enjektör, ıtriyat,hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları, şeker stripleri ve şeker

ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb., alerjik hastalıklara yönelik aşı tedavileri (immünoterapi),

16. 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri,
17. Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik her branşta muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
18. Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık ve görme tembelliği, gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları ve bunlarla ilgili giderler, multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) konuşma ve ses terapisi
19. Yurtdışında gerçekleşen ilaç masrafları ve her türlü sağlık gideri, yurtdışından getirilecek olan her türlü ilaç,
20. Yol, gündelik iş görememe, gündelik bakım, rehabilitasyon, check up, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları ve özel harcamalar,
21. Kısırlık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis, suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyoredüksiyonu vb.) tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimozis vb..) kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri,
22. Aksine bir sözleşme yoksa, ayakta tedavi giderleri ve gebelikle ilgili her türlü gider, doğum ve yeni doğan bebek masrafları,
23. AIDS ve AIDS'e bağlı hastalıklar ile ilgili her türlü test, tahlil masrafları ve gerekli tedaviler ile HIV virüsünün neden olacağı tüm hastalık ve sendromlar,
24. Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejuno-ileostomi, barsakkısaltılması vb.) ,
25. Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme vb.) telenjektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi), aksesuar meme cerrahisi, estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi; jinekomasti ile ilgili her türlü gider; polipe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar
26. Omurga şekil bozuklukları tedavisi ile ilgili giderler, ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, septoplasti, her tür konka cerrahisi, nazal valv operasyonları) ile ameliyat ve girişimler, horlama nedenli yapılan tüm ameliyat ve girişimler,
27. Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar), 7 yaşına kadar ortaya çıkan kasık fıtıkları, 3 yaşına kadar oluşan lakrimal kanal

This document (including any attachments) is confidential and may be privileged. Any unauthorized use, copying, distribution or dissemination of this document in whole or in part is strictly prohibited. Bu döküman (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir ve imtiyazlı olabilir. Bu dökümanın bir kısmının veya tamamının izinsiz kullanımı, kopyalanması, dağıtımı veya kurum dışına sirayeti kesinlikle yasaktır. İstanbul Kültür Üniversitesi.

tıkanıklığı, prematürüriteye ait giderler (kuvöz bakımı vs.), motor ve mental gelişim bozukluğu (büyüme gelişme geriliği/ileriliği, erken puberte, geç puberte vb.) ile ilgili rutin veya özellikli her türlü tetkik ve tedavi gideri (Örn:genetik testler, her tür karyotip araştırması, hemoglobin elektroforezi, fenilketonüri testleri,7 yaşına kadar olan tiroid testleri, yenidoğan metabolik tarama testleri,yeni doğanışıitme testleri, el-bilek grafileri, skolyoz tetkiki kalça USG, inmemiş ve retraktıl testis, polikistik

böbrek, veziko üreteral reflü-VUR tetkikleri vb.), Labial füzyon,probing ; 2 yaşına kadar oratya çıkan hidrosel yüzeysel varislere yönelik her tür girişim ve tedavi (skleroterapi, lazer, radyo frekans vb.),

28. Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,
29. Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,
30. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri, Her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık ve geriatrik hastalıklar,
31. Belirli bir rahatsızlık veya hastalık şüphesi olmaksızın yapılan kontrol amaçlı inceleme ve tedaviler (tarama testleri, aşılama kontrol testleri, homosistein vb, viral markerlar, Ca markerları vb), diyetisyen ücretleri, diyetisyen talepli tetkikler ve koruyucu tıbbi hizmetler
32. Yüzeysel varislere yönelik her tür girişim ve tedavi (skleroterapi, lazer, radyo frekans vb.), kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi),
33. SİGORTA ŞİRKETİ Sigortanın acil merkezi dışında oluşan ambulans giderleri
34. Evde bakım teminatı kapsamı dışındaki özel hemşirelik hizmetlerine ait giderler
35. Karayolları Trafik Kanunu hükümlerinde bahsi geçen, gerekli sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları,
36. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, işitme cihazı nebülizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar.
37. Otomobil ve motosiklet yarışları dahil olmak üzere her türlü spor müsabakası sırasında sporculara ait sağlık masrafları, poliçe kapsamı dışındadır.Lisanslı sporcu olarak profesyonel veya amatör her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelebilecek hastalık ve sakatlıklar poliçe kapsamı dışındadır
38. Yalancı gebelik (psikolojik gebelik) ile ilgili giderler,
39. Geriatrik rahatsızlıklar, yaşlılıktan ileri gelen bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve alzheimer hastalığı,

This document (including any attachments) is confidential and may be privileged. Any unauthorized use, copying, distribution or dissemination of this document in whole or in part is strictly prohibited. Bu döküman (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir ve imtiyazlı olabilir. Bu dökümanın bir kısmının veya tamamının izinsiz kullanımı, kopyalanması, dağıtımı veya kurum dışına sirayeti kesinlikle yasaktır. İstanbul Kültür Üniversitesi.

- Parkinson ve diğer demansiyel hastalıklar ile ilgili her türlü gider,
40. Sigortalılarla, birinci ve ikinci derecede kan bağı olan kişilerin yapmış oldukları muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
 41. Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
 42. İş yeri hekimlerinin, çalışanların eş ve/veya çocukları için yazmış oldukları ilaç ve/veya tetkiklere ait giderler,
 43. Resmi gazetede tanımlanan alternatif tıp yöntemleri,
 44. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın her türlü geleneksel ,tamamlayıcı ve tüm alternatif tedaviler (akupunktur, mezoterapi, magnetoterapi, oksiterapi, CO2, nöral terapi, şiroprakti, PRP (Platelet Rich Plasma) reiki, ayurveda vb.)masaj masrafları, her türlü hidroterapi, çamur banyoları masrafları, astenitedavisi, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy- Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi), tedavi amaçlı olsa dahi botox ve ozon uygulamaları, hekim/tıp doktoru olmayan kişilerin uyguladığı tedaviler,
 45. Doğum kontrol yöntemleri, tıbbi gereklilik dışında küretaj giderleri
 46. Aşağıda ** belirtilmiş olan iş kollarına ait firmalarda çalışan kişilerin iş kazası sonrası tedavi masrafları için 7.000 TL üzerinde kalan giderler kapsam dışıdır.
*** “Motorkurye firmaları veya firmalarda motorkurye olarak iş görmek, tersane ve her türlü gemisöküm işleri, liman işletmeleri ve her türlü konteyner depolama ve taşımacılığı, yeraltı madenciliği,patlayıcı madde üretimi”*

6. COĞRAFİ KAPSAM

Satın aldığınız poliçede yazılı teminatlar Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan Sigorta Şirketi Tamamlayıcı Sigortası Anlaşmalı Kurumlarında, Sigorta Şirketi Tamamlayıcı Sigortası Poliçesi özel şart ve limitleri dahilinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe teminat kapsamında değildir. KKTC yurt dışı olarak kabul edilir.

7. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

Ayakta ve yatarak tedavilerde anlaşmalı kurumlara ait fatura ödemelerinde muhatap Sigorta Şirketidir. Sigortalı' nın kendi yaptığı sağlık harcamalarına ait giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Halefiyet (Hakların Devri) İlkesi

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, “halefiyet ilkesi” gereği Sigorta Şirketi ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu

This document (including any attachments) is confidential and may be privileged. Any unauthorized use, copying, distribution or dissemination of this document in whole or in part is strictly prohibited. Bu döküman (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir ve imtiyazlı olabilir. Bu dökümanın bir kısmının veya tamamının izinsiz kullanımı, kopyalanması, dağıtımı veya kurum dışına sirayeti kesinlikle yasaktır. İstanbul Kültür Üniversitesi.

hakkın kullanabilmesi için sigortalı,Sigorta Şirketi' ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamkla yükümlüdür.

Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar

Sigorta Şirketi, sağlık sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında sigortalılardan almış olduğu her türlü bilgiyi (hasar, teminat detayları, kişisel bilgiler vb.) yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı, SAGMER ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumuna ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi bu bilgilerin resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmektedir.

8. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Bir başka sigorta şirketi tarafından düzenlenen ferdi veya grup sağlık sigorta poliçelerinin, uygun bulunması halinde, önceki poliçe bitiş tarihinden itibaren 30 gün içinde şirketimizden poliçeleştirilmesi gerekir. Bu 30 günlük süre içerisinde başvurunun yapılarak Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Geçiş Formu 'nun doldurulmuş olması, diğer sigorta şirketinden transfer bilgilerinin gelmiş olması ve kişiye açılacak poliçe şartlarının belirlenebilmesi amacıyla talep edilmiş olan tüm evrak ve bilgilerin şirketimize sunulmuş olması gerekir.

Sigortalı adaylarının halen var olan ya da geçmişte yaşamış oldukları rahatsızlıklarına, risk kabul kriterleri doğrultusunda işlem yapılır. Transfer formunda belirtilmiş olsun ya da olmasın, geçmişte yaşanmış veya halendevam eden tüm medikal sorunların, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Geçiş Formu 'nda belirtilmiş olması gerekmektedir.

- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Geçiş Formu ve transfer bilgilerine istinaden medikal değerlendirme yapılarak, transfer poliçenin hangi koşullarda açılıp açılmayacağına karar verilir. Underwriting değerlendirmesi esnasında ilave raporlar ya da detaylı beyan talep edilebileceği gibi, riskin fazla bulunması durumunda başvuru reddedilebilir. Poliçe açılması uygun bulunursa, sigortalının önceki sigorta şirketindeki underwriting uygulamalarından farklı olarak ek prim/üst limit/ /ilgili sağlık riskinin kapsam dışı bırakılması koşulu eklenmesi yönünde değerlendirme yapılabilir, mevcut Ömür Boyu Yenileme Garantisi devam ettirilmeyebilir. Sigortalı adayı underwriting görüşünü kabul etmezse, başvuru poliçeleştirilmez.
- Önceki poliçe bitiş tarihinden sonra 30 gün içinde başvuru yapılmamış veya talep edilen belgeleri şirketimize ulaştırmayan kişiler transfer poliçe olarak kabul edilmez. Başvuruları yeni iş olarak kabul edilir ve bekleme sürelerine yeniden tabii olurlar.
- Başvuru aşamasında eski sigorta şirketinin beyan edilmemesi ve poliçenin yeni iş olarak yapılması durumunda; sigortalı Sigorta Şirketi 'deki poliçe dönemi içerisinde transfer olduğunu beyan ederse, transfer kabul edilemez.

9. SİGORTA ETTİRENİN ACZE DÜŞMESİ

Sigorta süresi içinde Sigorta Ettiren' in acze düşmesi halinde sigortalılar, Sigorta Ettiren yerine geçer. Sigortalıların, kalan prim borçlarını ödemeye devam etmeleri durumunda, sigorta sözleşmesi aynı şartlarda yürürlükte kalır. Prim borçlarının ödenmemesi halinde Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 8 hükmüne göresigorta sözleşmesi sona erer.

10. SİGORTANIN YENİLENMESİ VE YENİLEME GARANTİSİ

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. Poliçe yenilemesinin 30 günü geçmesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalı olacak bir müşteri olarak kabul edilir. Yenilemede risk analizi değerlendirme sonucu katılım payı, muafiyet, üst limit, medikal ek prim uygulanabilir veya sigortalı olmayabilir.

Sigortalılık hayatı ilk defa SİGORTA ŞİRKETİ grup sağlık poliçesinde başlamış olan kişiler için: SİGORTA ŞİRKETİ' nde kesintisiz olarak 3 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş **68 yaş ve 68 yaş altı** sigortalılar, aşağıda belirtilen uygulama esasları dahilinde ömür boyu yenileme garantisi almaya hak kazanırlar.

Grup Sağlık Sigortası Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulama Esasları:

- Talep edilecek ferdi sağlık sigortası, talebin yapıldığı tarihte şirketimizde yürürlükte olan ferdi sağlık poliçelerinden seçilmelidir. Sigorta şirketinin seçilen ürünü belirleme hakkı vardır.
- Adı geçen kişilerin, ömür boyu yenileme garantisi almış oldukları tarihten önceki her türlü rahatsızlığı ve hastalığı ile ilgili ek prim ya da muafiyet uygulama hakkı sigorta şirketinde saklıdır. Ömür boyu yenileme garantisi alınan tarihten sonra ilk defa ortaya çıkan rahatsızlıklar için ek prim ya da muafiyet uygulanmayacaktır.
- Ömür boyu yenileme garantisi verilme tarihinden önce oluşmuş ve sigorta şirketinin bilgisi dahilinde olmayan rahatsızlıklar ve hastalıklar için, sigorta şirketinin haberdar olduğu tarihten sonra her türlü risk analizi yapma, Ömür Boyu Yenileme Garantisinden ve poliçe sözleşmesinden sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda cayma hakkı doğar.
- Sigorta süresi içerisinde sigortalının yanlış ya da eksik beyanda bulunduğu veya poliçenin kötü

This document (including any attachments) is confidential and may be privileged. Any unauthorized use, copying, distribution or dissemination of this document in whole or in part is strictly prohibited. Bu döküman (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir ve imtiyazlı olabilir. Bu dökümanın bir kısmının veya tamamının izinsiz kullanımı, kopyalanması, dağıtımı veya kurum dışına sirayeti kesinlikle yasaktır. İstanbul Kültür Üniversitesi.

niyetle kullanıldığının sigortacı tarafından tespit edilmesi durumunda sigorta şirketinin Ömür Boyu Yenileme Garantisinden ve poliçe sözleşmesinden sağlık sigortası genel şartlan doğrultusunda cayma hakkı doğar.

- Ömür boyu yenileme garantisi alan grup sağlık sigortalıları belirtilen tüm bu haklara, yukarıda adı geçen şirketten emekli olma, istifa etme veya işten çıkartılma sonrasında ayrılmaları ya da ilgili şirketin hiçbir sigorta şirketinden sağlık poliçesi satın almama kararı sonrasında, poliçelerinin iptal edildiği tarihten itibaren ilk 30 gün içerisinde şirketimiz satış kanalları aracılığıyla ferdi sağlık poliçesi talep etmeleri durumunda sahip olabilirler.

Başka sigorta şirketinden geçiş olması durumunda: Gruba poliçe yenilemesi esnasında veya ara dönemde işe başlama nedeniyle yapılan girişlerde, giriş yapan personelin daha önceden var olan ve kesintisiz devam eden sağlık sigortasında yenileme garantisi hakkı kazanmış olması durumunda, kişinin güncel sağlık durumu incelenerek yenileme garantisinin devam edip etmeyeceği kararı verilir.

Gruba poliçe yenilemesi esnasında veya ara dönemde işe başlama nedeniyle yapılan girişlerde, giriş yapan personelin daha önceden kesintisiz devam eden sağlık poliçesinin olması ve yenileme garantisinin olmaması halinde; kişinin kesintisiz devam eden yıl sayısı 3 den çıkartılır. Bu aradaki fark kadar süreyi SİGORTA ŞİRKETİ sigortası poliçesinde devam eden kişilere, süre sonunda **68** yaşından büyük olmamaları kaydı ile yenileme garantisi verilir. Yenileme garantisi olmadan başka bir şirketten geçiş yapılması halinde kişilerin yenileme garantisi alabilmeleri için en az 1 yıl süre ile Sigorta Şirketi poliçesinde yer almaları gerekir.

11. SİGORTAYA GİRİŞ VE ÇIKIŞLAR

- *Grup; sigorta sözleşmesinin düzenlendiği tarih itibariyle ilgili kurumda çalışmakta olup, SigortaEttiren tarafından bildirilecek listede yer alan personelden oluşacaktır.*

Primleri şirket tarafından ödenen Kurumsal Tamamlayıcı Sağlık Sigortalıları için poliçe kapsamına girişte yaş sınırlaması bulunmamaktadır. Ancak sigortaya katılımı ihtiyari olan grup sigortalıları için sigortalanma üst yaş sınırı 65'tir. İlk kez sigortalanmak veya başka sigorta şirketinden geçiş yapmak isteyen, sigortaya katılımı ihtiyari olan 66 yaş ve üstü kişiler poliçe kapsamına dahil olamayacaklardır.

Personelin ilgili işverenin çalışanı olmadığı tespit edilmesi halinde sigortacının tazminat ödeme yükümlülüğü ortadan kalkar ve ilgili kişi ve ona bağlı bağımlılar poliçeden çıkartılır, ödenmiş tazminatı var ise sigorta ettirene rücu edilir.

Grubun büyüklüğü ve yapısına göre yaş aralıkları için Sigorta ettiren ve Sigorta Şirketi A.Ş. arasında mutabakat varılması halinde farklı uygulamalar yapılabilir.

- Sigorta başlangıç tarihinde grupta çalışan personel sigorta yılı içinde sigorta teminat kapsamına alınmaz.
 - Grup personeli sigorta kapsamına alınmadığında eş ve / veya çocuğu teminat kapsamına alınmaz.
 - Sigorta başlangıç tarihinden sonra işe alınan personelin grup sigorta kapsamına alınması için aşağıdayazılı belgelerin sigorta ettiren tarafından Şirkete ulaştırılması gerekmektedir.
- Sigorta ettiren tarafından yazılan sigortaya giriş talep yazısı
 - Sigortaya dahil edilecek personelin işe giriş bildirgesi ile işe giriş tarihinden itibaren 1 ay içinde başvuruda bulunulması.
 - Grubun personel yönetmeliğinde sağlık sigortası uygulamasına özel bir şart var ise Şirket yazılı olarak bildirilmesi gerekmektedir
- Sigorta başlangıç tarihinde personelin eşi ve/veya çocuğunun sigorta teminat kapsamına alınmadığı durumlarda, aşağıda yazılı şartlar dışında sigorta ettiren sigorta yılı içinde personelin eş ve / veya çocuğunun poliçe kapsamına dahil edilmesi için talepte bulunamaz.
 - Sigorta ettiren tarafından geç bildirim de bulunulması durumunda Sigorta Şirketi tarafından yapılacak değerlendirme neticesine göre poliçe kapsamına alınma kararı verilmiş dahi olsa sigorta koruması bildirim tarihinden itibaren başlayacaktır.
 - Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen tüm sigortalı giriş taleplerinde (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır. Bu prim poliçenin ödemeleri tamamlanmış ise peşin olarak, tamamlanmamış ise kalan vade sayısına bölünerek tahsil edilir.

11.1. Personelin Evlenmesi

Evlilik cüzdanı fotokopisi ile evlilik tarihini takip eden 30 gün içinde sigorta ettiren giriş talep yazısı ekinde başvuruda bulunulması halinde personelin eşi sigorta kapsamına alınabilir.

Başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesi ve tarafların, başta ödenecek primler olmak üzere her şartta karşılıklı olarak anlaşması halinde eş poliçeye ilave edilir

11.2. Personelin Çocuğunun Olması

Bebeğin dünyaya gelmesini takiben, en erken 30 günün sonunda doğum belgesi ile başvuruda bulunulması ve başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilmesi halinde poliçe başvuru tarihi itibariyle düzenlenir. Bebeğin doğum tarihini takip eden 30 gün içinde yapılmayan başvurularda bebek teminat kapsamına alınmaz.

Başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesi ve tarafların, başta ödenecek primler olmak üzere her şartta karşılıklı olarak anlaşması halinde bebek poliçeye ilave edilir.

11.3. Personelin Evlat Edinmesi

Tüm yasal işlemlerin bitimini takip eden 30 gün içinde Sigorta ettiren giriş talep yazısı ekinde evlat edinme belgesi ile başvurulması ve başvurunun Şirket tarafından kabul halinde, evlat edinilen çocuk poliçeye dahil edilebilir. 30 gün içinde yapılmayan başvurularda, çocuk poliçe kapsamına alınmaz.

Başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesi ve tarafların, başta ödenecek primler olmak üzere her şartta karşılıklı olarak anlaşması halinde çocuk poliçeye ilave edilir.

11.4 Sigorta Yılı İçinde Personel Eş ve / veya Çocuğun Sigorta Teminat Kapsamından Çıkarılması

Sigortalı personelin işten ayrılması halinde sigorta ettiren aşağıda yazılı şartlar dahilinde personelin ve ailesinin poliçesini iptal ettirme hakkına sahiptir.

Personelin işten ayrıldığı tarihi takip eden 30 gün içinde, poliçenin iptalini içeren iptal bildirim yazısının Şirkete teslimi gerekmektedir. İptal işlemi iptal bildiriminin yapıldığı tarih itibari ile yapılacaktır.

İptal edilen sertifikanın prim iadesi gün esasına göre hesaplanır. Poliçesi iptal edilen personelin, eş ve/veya çocuklarının poliçeleri de aynı tarih itibariyle iptal edilir.

12. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Poliçe teminatı poliçede belirtilen kullanım adeti, limit, uygulama ve iştirak oranında geçerli olup, aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir. Kalan limit, poliçe üzerinde belirtilen brüt limitten ("limit"), Sigortacı tarafından ödenen tazminat tutarları ile sigortalı tarafından karşılanan katılım payı tutarları toplamının düşülmesi ile hesaplanır. SGK tarafından alınan katılım payı bu hesaplamanın dışındadır.

Sigortalı poliçe yenilme dönemi dışında farklı bir ürüne veya networke geçiş talep edemez.

Sigorta Şirketi ile işbu ürün için anlaşmalı olmayan kurumlarda yapılan her türlü harcama, olayın acil veya kaçınılmaz olup olmamasına bakılmaksızın kesinlikle teminat kapsamı dışındadır. Ayrıca, poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede tedavisinin devam ettiği durumlarda, ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren teminat kapsamı dışındadır.

Sigorta Şirketi iş bu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumları listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır. Listenin güncel hali [www.Sigorta Şirketi.com.tr](http://www.Sigorta_Sirketi.com.tr) adresinde yer almaktadır.

13.TAZMİNAT ÖDEMELERİ

Ayakta ve yatarak tedavilerde anlaşmalı kurumlara ait fatura ödemelerinde muhatap Sigorta Şirketidir. Sigortalı'nın kendi yaptığı sağlık harcamalarına ait giderler poliçe kapsamı dışındadır.

14.SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

14.1.Prim Borcu Nedeniyle iptal uygulamaları aşağıdaki

gibidir;

Grup Sağlık poliçe primleri vadesinde ödenmediği takdirde ödeme yapılmayan vade tarihini takip eden **30** günün sonunda poliçeye provizyon ve hasar girilmesi sistemden otomatik olarak engellenir ve sigortacı, ödemeyapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde Türk Ticaret Kanunu madde 1434 doğrultusunda cayabilir.

14.1.1.Prim Borcu Nedeniyle iptal poliçenin yürürlüğe alınması;

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 8'de belirtilen esaslar doğrultusunda prim borçları nedeniyle iptal edilen poliçeler, poliçe iptal ek belgesi tanzim tarihi üzerinden **30** günden fazla süre geçmemiş olması kaydıyla yürürlüğe alınması talebi değerlendirilebilir.

Sigorta ettiren/sigortalı, var ise (poliçenin iptal tarihi ile iptalden yürürlüğe dönüş tarihi arasındaki) tüm risklerini beyan etmek zorundadır. Bu tarihler arasındaki tazminat talepleri karşılanmayacaktır. Mevcut tüm riskler için poliçenin yürürlüğe alınma şartlarına medikal değerlendirme birimi tarafından karar verilir.

Beyan edilen rahatsızlıklara göre poliçe yürürlüğe alınmayabilir, istisna konabilir, üst limit belirlenebilir, ek prim ya da katılım protokolü uygulanabilir.

Poliçe yürürlüğe alındıktan sonra beyan edilmeyen rahatsızlıkların saptanması halinde yıl içi underwriting ve eksik beyan uygulaması yapılacaktır.

14.2. Sözleşme yılı içinde iptal isteminin sigorta ettirenden gelmesi halinde aşağıdaki kurallar doğrultusunda işlem yapılır;

- Sigorta ettiren, sağlık sözleşmesinin iptalini sigortacıdan talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için sigorta ettiren tarafından düzenlenen ve içeriğinde imza, güncel tarih bulunan iptal beyanının sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir.
- Sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunursa ve bu süre içerisinde sigortalı/sigortalılara herhangi bir tazminat ödenmemişse, ödenen primler 5 iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir.
- Sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk 30 günden sonra gelen iptal taleplerinde sigortacının gün esasına göre hak ettiği prim hesaplanır. Ödenen prim tutarı hak edilen primden fazla ise ödenen prim tutarı ile hak edilen prim arasındaki fark sigorta ettirene iade edilir.
- Sigorta ettiren isteği ile Gün Esaslı iptal edilmiş poliçeler /sigortalılar daha sonra yürürlüğe (meriyete) alınamaz, talep gelmesi durumunda yeniden değerlendirme yapılarak yeni iş poliçe tanzim edilebilir.
- Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi gibikötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda Sigortacı, teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.
- **Sigorta ettirenin vefatı durumunda;** sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. Sigorta ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olmaları durumunda kanuni varislerinin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilir. Sigorta ettirenin vefat etmesi durumunda veraset belgesi ile varislerinin belirlenmesi gerekmektedir. Varislerden biri sigorta ettiren olacak ise dilekçe ile Sigorta ettiren değiştirilebilir. Kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda ise sigortacının hak kazandığı prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin kanuni varislerine iade edilir.
- **Sigortalı/Sigortalıların vefatı durumunda;** poliçede birden fazla sigortalı varsa sigortalılardan birinin vefatı halinde, vefat eden sigortalıya ait sigortacının hak kazandığı prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir. Sigorta ettirenin aksini bildirmemesi durumunda diğer sigortalılar için poliçe devam eder.
Poliçede vefat eden sigortalının dışında başka bir sigortalı yoksa poliçe hükümsüz kalır. Sigortacının hak kazandığı prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

16. PRİM TESPİTİ

16.1. PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

This document (including any attachments) is confidential and may be privileged. Any unauthorized use, copying, distribution or dissemination of this document in whole or in part is strictly prohibited. Bu döküman (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir ve imtiyazlı olabilir. Bu dökümanın bir kısmının veya tamamının izinsiz kullanımı, kopyalanması, dağıtımı veya kurum dışına sırayeti kesinlikle yasaktır. İstanbul Kültür Üniversitesi.

Tarife primleri tüm sektörde kabul gören aktüeryal metotlar ile hesaplanır. Bu hesaplamada, şirket sigortalı portföyünün yaş, cinsiyet dağılımı, sağlık giderinin kullanılacağı il, "Sağlık Uygulama Tebliği"nde yapılandırılmış değişiklikler ve teminat kullanım sıklığı ile medikal enflasyon (TTB'ye bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırmadaki değişim, özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç ve malzeme fiyatlarındaki değişim, teknolojideki yeni gelişmelere bağlı olarak karşımıza çıkan yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri), ürün kar/zarar durumu, genel giderler, komisyon payı, portföyün yaşlanması, cinsiyet ve yaşabağlı olarak görülen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınır. Sigortacı, "Sağlık Tarife Primi"ni periyodik aralıklarla portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak değiştirebilir.

Sigorta Ettirenin Poliçe primini peşin veya taksitler halinde ödeyebilir. Hangi vade ve tutarlarda ödeyeceği poliçe üzerinde belirtilir ve sigortalı bu ödeme planı doğrultusunda prim ödemelerini yapar.

Bir grubun aynı teminat ile yenilenmesi halinde, yenileme döneminde gruptaki fert primi bir önceki senenin fert priminin 3 katından fazla olamaz. Bunun yanında "Katastrofik risklerde yeterli koruma sağlanması ile piyasayı bozan ve şirket mali yapılarını olumsuz etkileyen hususlarda tedbir alınmasına ilişkin genelge" gereği yenileme primi, önceki dönem hasar toplamının altında olamayacaktır.

16.2. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

16.2.1 RISK EK PRİMİ

Sigortalı adayının sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda belirlenen ek primdir. Yenileme Garantisi almış sigortalılarda, bu hak verildikten sonra ortaya çıkan hastalıklar için risk ek prim uygulanmaz.

17. SİGORTA ŞİRKETİNE İBRAZİ GEREKEN BELGELER

Herhangi bir sağlık problemi halinde Yatarak ve Ayakta Tedavilerinizde provizyon sistemi çalışacak olup, aşağıdaki teminatlarla ilgili masrafların limitleri dâhilinde Şirketimiz tarafından tazmin edilebilmesi için "Tazminat Talep Formu" ekinde ibrazî gereken belgeler aşağıdadır

Evde Bakım Teminatı

- Hastanede sigortalının tedavisini üstlenen doktor raporu,
- Yapılan tedavi ve bakımlara ait kişi adına düzenlenmiş dökümlü fatura

This document (including any attachments) is confidential and may be privileged. Any unauthorized use, copying, distribution or dissemination of this document in whole or in part is strictly prohibited. Bu döküman (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir ve imtiyazlı olabilir. Bu dökümanın bir kısmının veya tamamının izinsiz kullanımı, kopyalanması, dağıtımı veya kurum dışına sirayeti kesinlikle yasaktır. İstanbul Kültür Üniversitesi.

SUNİ UZUV GİDERLERİ

- Doktor raporu,
- Masrafı belgeleyen sigortalı ismine düzenlenmiş fatura aslı.

YARDIMCI TIBBİ MALZEME

- Doktor raporu,
- Masrafı belgeleyen sigortalı ismine düzenlenmiş fatura aslı.

18. MAHKEME YERİ

Anlaşmazlık halinde İstanbul Bakırköy Mahkemeleri ve icra daireleri yetkilidir.

TEMİNATLAR	ŞİRKET KATILIM ORANI	KULLANIM HAKKI	TEMİNAT LİMİTLERİ
YATARAK TEDAVİ GİDERLERİ			
AMELİYAT	100%	Yıllık	LİMİTSİZ
YATARAK TEDAVİ			
ODA-YEMEK-REFAKATÇİ			
YOĞUN BAKIM			
KÜÇÜK MÜDAHELE	100%	Yıllık	
KEMOTERAPİ	100%	Yıllık	
RADYOTERAPİ	100%	Yıllık	
DİYALİZ	100%	Yıllık	
REHABİLİTASYON	100%	Yıllık	30.000
YARDIMCI TIBBİ MALZEME	100%	Yıllık	10.000
EVDE BAKIM	100%	Yıllık	30.000
AYAKTA TEDAVİ GİDERLERİ			
DOKTOR MUAYENE	100%	Yıllık	Yılda 10 Vaka İle sınırlı
TANI GİDERLERİ			
FİZİK TEDAVİ (Maksimum 30 seans)			

YÜKLENİCİ KAŞE,İMZA