

SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLARI**1- Sigortanın Konusu ve Kapsamı**

Sağlık sigortaları, sigortalının sigorta süresi içerisinde kaza ve/veya hastalık halinin gerektirdiği tedavi giderlerini, sağlık sigortası genel ve özel şartları, limitleri ve iştirak oranı dahilinde teminat altına alır.

Sigorta Sözleşmesi; sigorta ettirenin ve sigortalının Başvuru Formu, Tanımlar, Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları, Genel ve Özel istisnalar, Poliçe ve bu belirtilenlerin eklerinden oluşan, sigortacı ve sigorta ettiren arasındaki anlaşmadır.

Sigorta Sözleşmesinin geçerli olduğu süre içerisinde kanun, yönetmelik ve tüzüklerle yapılanlar dışında tüm değişiklikler ve ilaveler, yazılı olarak talep edilmesi ve karşılıklı olarak mutabık kalınması halinde geçerlidir. Sigorta Sözleşmesi bir (1) yıl için akdedilir. Yenilemeler sırasında sigortalının özel şartlarda, teminatlarda, prim tutarlarında ve ödeme şekillerinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin (SAGMER), Sigorta Bilgi Merkezi Yönetmeliği gereği talep ettiği bilgilerin gönderilmesi zaruri olup, gerektiğinde sigortacı tarafından da SAGMER'den bu bilgiler temin edilebilir. SAGMER'e, verilen bu bilgilerden dolayı Sigortalının sorumluluğu bulunmamaktadır.

2- Tanımlar

Acil Durum: Poliçede kapsam dışı olmayan ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve geciktirilmesi mümkün olmayacak tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, hastaneye yatırılmalı veya yatırılmalı, aşağıdaki Acil Durum listesinde belirtilen rahatsızlıklar için, bir hastanenin acil servisinde hizmet almayı gerektiren sağlık durumudur.

Teminatların Geçerli Olduğu Acil Durumlar” listesinde yer alan rahatsızlıkların Küçük Müdahale Teminatı (muayene, tanı ve tedaviler dahil) kapsamındaki giderleri, yatarak/ayakta ve anlaşmalı/anlaşmasız kurum ayrımı olmaksızın, Küçük Müdahale Teminatı kapsamında ve poliçede belirtilen limit ve anlaşmalı kurum iştirak oranı dahilinde ödenir.

Bu liste dışındaki rahatsızlıklarda acil servise başvurulsa dahi tedavi giderleri, poliçede belirtilen ayaktatedavi teminatı limiti ve iştirak oranı dahilinde ödenir.

1. Trafik kazası
2. Akut miyokard enfarktüsü (raporlarla belirlenmiş kalp krizi, ritim bozuklukları)
3. Apandisit
4. Menenjit
5. Ani felçler
6. Suda boğulma
7. Yüksekten düşme
8. Ciddi iş kazası
9. Uzuv kopmaları
10. Elektrik Çarpması
11. Donma
12. Soğuk Çarpması
13. Isı Çarpması
14. Tahriş Edici Gazların Teneffüsü
15. Darbe Sonucu Sinir Kopması
16. Yılan, Akrep veya Örümcek Sokması Sonucu Oluşan Ciddi Alerjik Tablolar
17. Evcil-vahşi hayvanların ciddi cerrahi müdahale gerektiren ısırıklar
18. Her türlü 2. ve 3. derece yanıklar
19. Tahriş edici maddelerden oluşan ciddi göz yanmaları

20. Hayati tehlike arz eden ilaç veya diğerk madde zehirlenmeleri
21. Tüm kırık ve çıkıklar
22. Solunum yollarında yabancı cisim bulunması sonucu oluşan akut solunum problemleri
23. Travma ve/veya kaza sonucu oluşan ani şuur kaybına neden olan her türlü durum
24. Mide perforasyonu
25. Darbeye bağılı iç organ zedelenmesi
26. Ensefalit (beyin iltihabı)
27. Beyin apsesi
28. Dekompresyon hastalığı (dalgıç hastalığı)
29. Travma sonucu oluşan masif (yoğun) kanamalar
30. Her türlü iç organ kanaması (gebelik düşüklerine bağılı, jinekolojik hormonal kanamalar hariç)
31. Kurşunlanma, bıçaklanma, kavga (cürüm işlemek ve cürüme teşebbüs hali istisnadır)
32. Epilepsi krizi
33. Gebelik zehirlenmesi
34. Travmaya bağılı her tip sütür gerektiren cilt kesikleri
35. Ani ve dışarıdan harici bir hadise nedeniyle meydana gelebilecek kaza ve yaralanmalar
36. Hipertansiyon krizleri,
37. Yüksek ateş (39,5 ve üzeri)
38. Diabetik ve üremik koma
39. Renal kolik
40. Ciddi genel durum bozukluğu

Anlaşmalı Kuruluş: Sigortalının teminat kapsamında ve limit dahilindeki tedavi giderlerini doğrudan sigortacıdan almayı kabul eden hekimler, hastaneler, klinikler, tıp merkezleri, eczaneler, laboratuvarlar ve fizik tedavi merkezleridir. Üniversite ve kamu sağlık kuruluşları da teminat ve limit yönünden anlaşmalı kuruluş statüsünde değerlendirilecektir

“Aksigorta A.Ş.nin anlaşmalı kuruluşları değıştirme hakkı saklıdır.”

Anlaşmalı Olmayan Kuruluş: Sigortalının teminat kapsamındaki tedavi giderlerinin doğrudan sigortacıdan alınması ile ilgili özel bir sözleşmesi olmayan tüm kuruluşlardır.(Hekimler, hastaneler, klinikler, tıp merkezleri, eczaneler, laboratuvarlar, fizik tedavi merkezleri vb.)

Başlangıç/ Bitiş Tarihi: Sigorta sözleşmesinin ilk kez imzalanışında veya takip eden her yenilenmesinde yürürlüğe girdiğı ve sözleşmesinin süresinin dolduğı (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00) gün, ay ve yıl.

Kayıt Tarihi: Sigortalının bu sigorta sözleşmesi ile teminat altına alındığı veya yenileme ile tanımın belirtilen koşullarda tekrarlandığı ilk sözleşmeyle teminat altına alındığı (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00) gün, ay ve yıldır. Sigortalının daha üst plandan teminat alması durumunda, yeni alınan teminat için kayıt tarihi, yeni teminat planının başlangıç tarihi olur.

Bekleme Süresi: Sigortalının sigortaya ilk başlangıç tarihi ile başlayan ve bu sigorta sözleşmesinin bekleme süreli rahatsızlıklar kısmında belirtilen ve varsa sigortacının, sigortalı adayının sağlık durumuna göre uyguladığı, belirli tıbbi durumların belli bir süre için teminat altında olmadığı süredir.

Beyan Edilmemiş Önceden Var Olan Sağlık Problemleri: Bu sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında veya öncesinde var olan ve bilinen herhangi bir şikâyetin veya hastalığın, başvuru formunda sorulmuş olmasına rağmen veya sorulmasa dahi sigortacıya beyan edilmemesidir.

Coğrafi Bölge: Bu sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan durumlarla ilgili harcamaların yapıldığı

AKSigorta

bölgedir (yurt içi/yurt dışı).

Genel Şartlar: T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında uygulanması zorunlu olan yazılı kurallardır.

Gereksiz Hastane Tedavisi: Sigortalının sağlığını tehlikeye sokmaksızın hastaneye yatırılmadan da yürütebileceği, tarafsız bir hekim tarafından da kabul edilen tedavi, inceleme ve işlemlerin hastaneye yatırılarak yapılmasıdır.

Kaza: Sigortalının tıbbi olarak kanıtlanabilecek bedensel yara almasına neden olan beklenmedik, ani olayı ifade eder.

Kronik Hastalık: Ani başlangıçlı olmayan, yavaş gelişen ve/veya ilerleyen, zaman zaman tekrarlayan ya da sürekli bir sağlık sorununa neden olan hastalıktır.

İştirak Oranı: Poliçede belirtildiği oranda, sigortalının kabul edilebilir harcamalardan üstleneceği katılım yüzdesidir.

Onay Formu: Hekim tarafından doldurulan, sigortalıya ait tıbbi bilgileri ve yapılacak tıbbi işlemleri belirten ve bu işlemler için yapılacak harcamaların karşılığı olarak sigorta teminatlarından yararlanma talebinde bulunulan formdur.

Özel Şartlar: Sigorta şirketi tarafından Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ilave olarak hazırlanan, karşılıklı hak ve yükümlülükler ile teminatları ve geçerlilik koşullarını belirten ve bu sigorta sözleşmesinin bitiş tarihine kadar geçerli olan şartlardır

Sigortacı:Bu sigorta sözleşmesinin tanzim edildiği ülkede tescil edilmiş ve işletme ruhsatı almış sigorta şirkettir.

Sigorta Ettiren:Bu sigorta sözleşmesi için başvuran, başvurusu sigortacı tarafından kabul edilen ve bu sigorta sözleşmesinin kapsamı içerisinde sorumlu taraf olup kendisi ve sigortalanacak kişilerin lehine hareket eden kişi veya tüzel kişiliktir.

Sigortalı:Sigorta ettirenin ve sigortalanacak kişilerin sağlık sigortası başvurusunda belirtilen veya sonradan ilave edilen ve sigortacı tarafından kabul edilip poliçede veya sonradan yapılan zeyilnamesinde gösterilen kişilerdir.

Sigortalanacak Kişiler: Sigorta ettirenin kendisi veya personeli, eşi, 18 yaşından küçük evlenmemiş veya tam gün üniversitede okuyan ve serbest ya da ücretli olarak çalışmayan 25 yaşından küçük çocuklarıdır.

Standart İstisnalar: Bütün teminatlar için geçerli olan genel istisnaları ifade eder.

Yenileme: Yenileme, Sigorta ettirenin, mevcut sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden, en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yaptırmak için sigortacıya başvurması ve sigortacıyla sigorta ettirenin yeni sigorta sözleşmesinin koşullarında mutabık kalmasıyla, sigorta süresinin bitiş tarihinden itibaren mutabık kalınan yeni koşullarda kesintisiz olarak devam ettirilmesidir.Sözleşmenin yenilenmesi ve sözleşmede Yenileme Güvencesi verilmesi ile ilgili esaslar işbu Özel Şartlar Madde 9'da detaylandırılmıştır.

Tazminat Talep Formu (Ayakta Tedavi Tazminat İstek Formu): Sigortalının, bu sigorta sözleşmesinin geçerlilik döneminde ayakta tedavi teminatlarından yararlanabilmesi için doktor muayenesi, teşhis yöntemleri, ilaç ve fizik tedavi teminatlarından tazminat talebinde bulunabilmesi için eksiksiz olarak doldurtularak ilgili harcama belgeleriyle birlikte sigortacıya vermesi gereken formdur.

AKSigorta

3- Teminatlar

3.1 YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

3.1.1-Hastane Tedavi Teminatı

Bu teminat, hastanede yapılan ve aşağıda belirtilen masrafları kapsamaktadır.

- Tek kişilik oda (süit oda hariç), yemek ve refakat masrafları.
- Yoğun bakım ünitelerindeki tedaviler. (Yoğun bakım giderleri 100 gün ile sınırlıdır.)
- Hekim ücretlerinin yapılan işlemin Türk Tabipleri Birliği (TTB) Asgari Ücret Tarifesindeki karşılığının poliçede belirtilen katına kadar olan tutarından varsa iştirak oranı düşüldükten sonra kalan kısmı. TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilmeyen işlemlerin hekim ücretleri için TTB'nin görüşü alınır.
- Hastane hizmetleri (ameliyat, ameliyathane, anestezi, ilaç, laboratuvar, radyoloji vb.).
- Tıbbi donanımın (kalp-akciğer pompası vb.) kullanımı.
- İntravenöz (damar içi) ilaç, madde vb. verilmesi.
- Hastanede tedavisi yapılmakta olup, teminat kapsamındaki rahatsızlıkla doğrudan bağlantılı olan ve yatış süreci içerisinde yapılan tanı amaçlı laboratuvar testleri, röntgen tetkikleri, elektrokardiyogram,
- bilgisayarlı tomografi, fizik tedavi, hekim ziyaretleri vb.
- Poliçede belirtilen limite kadar teminat kapsamındaki rahatsızlık nedeniyle yapılan kemoterapi ve radyoterapi giderleri.
- Teminat kapsamındaki hastane tedavisi nedeniyle doğrudan bağlantılı hekim ziyaretleri.
- Koroner anjiyografi.
- Diyaliz masrafları.
- Sigortacı tarafından önceden onaylanan alıcı olarak organ ve doku nakli (sadece kornea, böbrek, pankreas, karaciğer, kalp, akciğer).

Hastane tedavi teminatı kapsamındaki masraflar, varsa muafiyet haricinde poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranı dahilinde teminat altındadır. Sigortalının 24 saati aşan hastaneye yatış gerektiren tedavileri bu teminat kapsamında ödenir. Eğer poliçe kapsamında yurt dışı teminatı varsa, yukarıda belirtilen tüm şartlar yurt dışında da geçerlidir. Ancak, Mega Plan hariç, yurt dışı yatarak tedavi giderleri, ilaç ve sarf malzemeleri hariç Türkiye'deki 3 büyük A Grubu Hastane Tedavi Tarife Ortalaması esas alınarak değerlendirilecektir.

Sigorta yılı içinde teminat altına alınan hastanede yatış süresi toplam 200 gün olup, normal oda yatışları bir (1) gün, yoğun bakım yatışı ise iki (2) gün üzerinden hesaplanarak, toplam yatış süresi olan 200 günden düşülür.

Yurt dışında geçerli bir plan seçilmese dahi tüm planlarda, teminat kapsamı dahilindeki yurt dışındaki acil hastane tedavileri poliçede belirtilen limit ve katılım oranı dahilinde teminat altındadır. Ancak, Mega Plan hariç, yurt dışı yatarak tedavi giderleri, ilaç ve sarf malzemeleri hariç Türkiye'deki 3 büyük A Grubu Hastane Tedavi Tarife Ortalaması esas alınarak değerlendirilecektir.

3.1.2 Küçük Müdahale Teminatı

TTB Asgari Ücret Tarifesinde 150 birimin altına kadar olan girişimler ile müşahade altına alınma, pansuman, enjeksiyon, kulak yıkama, alçı uygulaması, oksijen verilmesi, apse drenajı, mide yıkama, lavman, sonda takma, tırnak çekme, taş kırırma (ESWL), ortopedide şok tedavisi (ESWT) koterizasyon uygulaması, ben alımı, PUVA tedavisi, somnoplasti, kriyoterapi uygulaması, derideki yaraların dikişi, gözden yabancı cisim çıkarılması gibi genel veya lokal anestezi altında veya anestezi olmadan tedaviye yönelik olarak yapılan tüm küçük müdahaleler ve sarf malzemeleri ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın, ilgili teminatlar kapsamında değerlendirilecek olan teşhis giderleri hariç olmak üzere, poliçede belirtilen Küçük Müdahale Teminatı yıllık limiti ve iştirak oranı dahilinde ödenir. Küçük Müdahale Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme, ilaç, pre-op kan tahlili ve müdahaleyi yapan doktor ücretleri bu teminattan karşılanır.

Ayakta Tedavi Teminatı olmayan poliçelerde küçük müdahale ile ilgili olsa dahi; işlem öncesi ve sonrası yapılabilecek her türlü tanı amaçlı tetkik ile reçete edilen ilaçlara ait giderler poliçe kapsamında değildir. Ancak sigortalının hastaneye başvurmasına neden olan acil sağlık durumu (hayati bir tehlikeye neden olabilecek rahatsızlık), kaza ve cerrahi müdahale gerektiren rahatsızlıkların teşhisine yönelik acil teşhis giderleri, Küçük Müdahale Teminatı kapsamında %100 ödenir.

Bu teminat kapsamında yapılan işlemin lokal veya genel anestezi altında yapılmasına bakılmaksızın, ameliyathane açılış ve ameliyathane ile ilgili hiçbir gider ödenmez.

Anlaşmalı kuruma dışarıdan gelen veya anlaşmasız kurumlardaki hekim ücretlerinin yapılan işlemin TTB Asgari Ücret Tarifesindeki karşılığının 2 katına kadar olan tutarından varsa iştirak oranı düşüldükten sonra kalan kısmı ödenir. TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilmeyen işlemlerin hekim ücretleri için TTB'nin görüşü alınır.

3.1.3 Doğum Teminatı

Hamilelik, doğum, sezaryen, düşük ve/veya bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyonların gerektirdiği tüm masraflar (operatör, anestezi, doğum esnasında kullanılan her nevi ilaç, yapılan tahlil ve tetkikler, oda, ameliyathane ve kullanılan diğer mekân ve tıbbi araç ve sarf malzemeleri, vb.) ve bebeğin yenidoğan bakım masrafları poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranı dahilinde ödenir.

Ayakta tedavi teminatının seçilmiş olması kaydı ile, gebelik ile ilgili rutin kontroller, Hamilelikle ilgili Rutin Kontrol Teminatı yıllık limiti ve iştirak oranı dahilinde ödenir.

Doğum ve Hamilelikle ilgili Rutin Kontroller Teminatı kapsamındaki tüm giderlerin karşılanması için sigorta başlangıç tarihinden itibaren bir yıllık bekleme süresinin dolmuş olması gerekmektedir. Bu teminat, poliçedeki çocuk kapsamındaki için geçerli değildir.

Ayakta tedavi teminatının seçilmiş olması kaydı ile, basit ve sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri (spiral, tüp ligasyonu, vazektomi vb.) poliçede belirtilen limit ve iştirak oranları dahilinde yılda 1 kez ödenir. Sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri limiti; yıllık doğum teminatı üst limitinden düşülecektir. Doğum kontrol hapları, hormone enjeksiyonları, kondom vb. diğer aile planlaması yöntemleri poliçe kapsamı dışındadır.

Kesintisiz olarak Doğum Teminatı alınarak yenilenen poliçelerde, doğum giderleri şirketimiz tarafından karşılanan yeni doğan bebekler, hastaneden çıkış tarihinden itibaren bir ay içerisinde sağlık beyan formu doldurularak şirketimize bildirimde bulunulması ve belirlenen primin ödenmesi kaydıyla poliçeye eklenirse, bu bebeklerin doğuştan gelen hastalık ve sakatlıkları teminat kapsamında olacaktır. Bu çocuklar için bekleme süreli hastalıklar uygulanmayacaktır. Ancak, annenin doğum için hastaneye yatışından bebeğin taburcu oluşuna kadar gerçekleşen, bebeğe ait tüm sağlık giderleri annenin kalan Doğum Teminatı yıllık limiti kapsamında ödenir.

3.1.4 Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı

Ameliyat ve yoğun bakım gerektiren bir tedaviden sonra, 2 ay içerisinde gerçekleşen ve söz konusu tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi masrafları, ayakta ve yatarak gerçekleşmesine bakılmaksızın poliçede belirtilen limitler dahilinde karşılanır.

3.1.5 Rehabilitasyon ve Evde Bakım Teminatı

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

Sigortalının sağlık kuruluşundaki yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için kendi evinde sadece tıbbi personel tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin giderler, poliçede

belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için sigortalının veya sigortalıyı tedavi eden doktorun, sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir sağlık personeli eşliğinde evde sürdürülmesi gerektiğini bir raporla sigortacıya bildirmesi, bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin evde bakım gerçekleşmeden önce sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

Rehabilitasyon ve Evde Bakım Teminatı poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde 60 gün ile sınırlıdır.

3.1.6 Yardımcı Tıbbi Malzeme Teminatı

Sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelen bir hastalık veya kaza sonucu sigortalıya uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, tabanlık, oturma simidi, koltuk değneğinden ibaret tıbbi malzemeler poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranı ile özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

3.1.7 Suni Uzuv Teminatı

Sigorta süresi içerisinde meydana gelen hastalık ya da kaza sonucu fonksiyon kaybına uğramış organın fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amacı taşımayan el, kol, bacak ve meme kanseri operasyonu sonrası takılan meme protezi olmak üzere protez giderleri gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi koşulu ile poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranı dahilinde karşılanır.

3.1.8 Kontrol Mamografisi

40 yaş ve üstü yaşlardaki bayan sigortalıların kontrol amaçlı olarak yaptırdıkları mamografi ve meme ultrasonografi masrafları, şirketimizin belirlediği ve anlaşmalı sağlık kuruluşları listesinde ayrıca belirttiği sağlık kuruluşlarında yaptırmaları koşulu ile yılda bir kez ve % 100 olarak ödenir. Diğer anlaşmalı/anlaşmasız sağlık kuruluşlarında yaptırılan kontrol amaçlı mamografi ve gerekirse meme ultrasonografi masrafları poliçe kapsamında ödenmeyecektir.

3.1.9 Kontrol PSA

40 yaş ve üstü yaşlardaki bay sigortalıların kontrol amaçlı olarak yaptırdıkları PSA tetkik masrafları, şirketimizin belirlediği ve anlaşmalı sağlık kuruluşları listesinde ayrıca belirttiği sağlık kuruluşlarında yaptırmaları koşulu ile, yılda bir kez ve % 100 olarak ödenir. Diğer anlaşmalı/anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yaptırılan kontrol amaçlı PSA tetkik masrafları poliçe kapsamında ödenmeyecektir.

3.2. Ayakta Tedavi Teminatı

3.2.1 Doktor Muayene Teminatı

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca yaptırılacak muayenelere ait giderler, belgelenmesi kaydıyla poliçede belirtilen limit ve iştirak oranı dahilinde ödenir.

Türk Tabipleri Birliği görüşü doğrultusunda, ilk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10. güne kadar yapılan muayeneler kontrol muayenesi olup ücret talep edilmemesi gerekmektedir. Bu nedenle bu şekilde faturalandırılmış kontrol muayenesi giderleri teminat dışındadır.

Şirketimizin anlaşmalı hekim muayenesi uygulaması başlattığı illerde anlaşmalı hekimlerce yapılacak doktor muayene giderleri teminat limiti kapsamında % 100 olarak ödenir.

Sadece Eko Netwok'ün geçerli olduğu poliçelerdeki doktor muayene giderleri, TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlı ve poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranına uygun olarak karşılanır.

3.2.2 Reçeteli ilaç Teminatı

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlık nedeniyle hekim tarafından reçete edilen Sağlık ve Sosyal Yardım

Bakanlığı'nca onaylı ilaç bedelleri, bir aylık tedavi dozu kadar; reçete ilişiginde fatura/kasa fişii, ilaç kupürü ibraz edilmesi kaydıyla poliçede belirtilen limit ve iştirak oranı dahilinde ödenir. Teminat beher reçete için geçerli olup, reçete bölünemez.

Türkiye'de bulunmayan ve muadili olmayan, Sağlık Bakanlığı'nın izniyle ithal edilen ilaçlar, Tazminat Talep Formunun, hekim reçetesi, fatura ve fiyat kupürü ile belgelenmesi ve teminat kapsamındaki bir durumla ilgili olması halinde ödenir.

Kronik hastalıklar için ilaç kullanımı gerektiğinde, sigortalının rahatsızlığının, rahatsızlığın öyküsünün ve planlanan tedavisinin yer aldığı hekim raporu ile birlikte sigortacıya başvurusu gerekir. Kronik ilaç kullanımının onaylanması halinde sigortalının poliçe dönemi içerisindeki tedavi süresince, gerekli ilaçlar için anlaşmalı eczaneye "ilk doktor raporu ve/veya reçete fotokopisi" ile başvurusu yeterli olacaktır. Tedavi süresince talep edilen ve onaylanan ilaçlar, ilaç kupürü ve/veya kasa fişii/fatura ibraz edilmesi halinde poliçede belirtilen iştirak oranı ve limit dahilinde ödenir.

Alerji aşıları hariç 0-6 yaş grubu tüm çocukluk aşıları ve koruyucu aşılar ile yılda bir kez grip aşısı, poliçede belirtilen ilaç teminatı limiti ve iştirak oranı dahilinde ödenir.

3.2.3 Teşhis Yöntemleri Teminatı

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığın teşhisi nedeniyle doktorun gerekli gördüğü her türlü tahlil teminatı limiti ve iştirak oranı dahilinde, röntgen, USG, mamografi, sintigrafi, EKG, EKO, ultrasonografi, dopler, treadmill gibi teşhis yöntemleri röntgen teminatı limiti ve iştirak oranı dahilinde ödenir.

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığın teşhisi için doktor tarafından gerekli görülen her türlü MR, tomografi, talyum, koroner arter kalsiyum skorlama testi ve EBT, anjiyografi (koroner anjiyografi hariç), uyku testleri, gastroskopi, endoskopi gibi girişimsel tanı yöntemleri, biyopsiler ve biyopsi için gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler vb. gibi modern teşhis yöntemleri iştirak oranı ve limiti dahilinde ödenir.

Aynı hastalık/rahatsızlık ile ilgili yaptırılan tetkik giderleri, karşılık gelen teminat kapsamında tek limit dahilinde ödenir.

Teşhise yönelik test işlemlerinde, Tazminat Talep Formunun hekim tarafından eksiksiz olarak doldurulması ve hekim tarafından yapılması gerek görülen her tanı işleminin bu formda belirtilmesi gerekir.

Tahlil faturalarına, yapılan tahlillerin sonucunu gösteren raporun kopyası, röntgen vb. tetkiklerin faturalarına da yapılan tetkikin yazılı sonuç raporu eklenmelidir.

Sadece Eko Netwok'ün geçerli olduğu poliçelerdeki tüm teşhis giderleri, TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlı ve poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranına uygun olarak ödenir.

3.2.4 Fizik Tedavi Teminatı

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığın tedavisi için doktorun gerekli gördüğü fizik tedavi seansları ve rehabilitasyon giderleri, poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranı dahilinde ödenir.

Sadece Eko Netwok'ün geçerli olduğu poliçelerdeki fizik tedavi giderleri, TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlı ve poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranına uygun olarak ödenir.

Yukarıda belirtilen ayakta tedavi teminatı kapsamındaki teşhis ve tedavi giderleri, poliçede belirtilen

ayakta tedavi yıllık limiti ve iştirak oranı dahilinde ödenir.

3.3 Ek Teminatlar

3.3.1 Check-up Teminatı

Anlaşmalı sağlık kuruluşları listesinde ayrıca belirtilen sağlık kuruluşlarında yaptırılması koşulu ile, aşağıdaki program dahilindeki check-up masrafları, yılda bir kez ve % 100 ödemelidir.

Check-Up Paneli

Dahiliye Muayene, LDL Kolesterol, EKG, Kan Sayımı (18 parametre), Tam İdrar, Glukoz (Açlık kan şekeri), Kreatinin, Akciğer PA, Total Kolesterol, ALT

3.3.2 Diş Tedavi Teminat

Bu ek teminatın seçildiği ve poliçede gösterildiği durumlarda, Sağlık Bakanlığı'nca ruhsat verilmiş hastane ve kliniklerde ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli diş doktorlarınca yapılacak her türlü diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi, ağız çene cerrahisi ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranı dahilinde ödenir.

Diş doktoru kontrolleri, diş tedavisinde kullanılan ilaçlar ve diş ameliyatları da bu teminat dahilinde ödenir. Ortodonti ve protez masrafları teminat kapsamı dahilinde değildir.

Ayakta tedavi teminatı seçilmiş olması koşulu ile bu ek teminat verilebilecektir. Ayakta tedavi % 80 seçilmiş ise ek teminatlar da % 80; % 100 seçilmiş ise ek teminatlar da % 100 ödemeli olacaktır.

3.3.3 Gözlük, Cam, Çerçeve ve Lens Teminatı

Bu ek teminatın seçildiği ve poliçede gösterildiği durumlarda, Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli göz doktorlarınca yapılan muayene sonunda alınan gözlük, cam, çerçeve, lens giderleri poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranı dahilinde ödenir. Güneş gözlüğü ile ilgili her türlü gider kapsam dışıdır.

Ayakta tedavi teminatı seçilmiş olması koşulu ile bu ek teminat verilebilecektir. Ayakta tedavi % 80 seçilmiş ise ek teminatlar da % 80; % 100 seçilmiş ise ek teminatlar da % 100 ödemeli olacaktır.

3.3.4 İleri Teşhis Yöntemleri

Bu ek teminatın seçildiği hallerde Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığın teşhisi için doktor tarafından gerekli görülen her türlü MR, tomografi, talyum, koroner arter kalsiyum skorlama testi ve EBT, anjiyografi (koroner anjiyografi hariç), uyku testleri, gastroskopi, endoskopi gibi girişimsel tanı yöntemleri, biyopsiler ve biyopsi için gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler vb. gibi teşhis yöntemleri İleri Teşhis Yöntemleri teminatı iştirak oranı ve yıllık limiti dahilinde ödenir.

Teşhise yönelik test işlemlerinde, Tazminat Talep Formunun hekim tarafından eksiksiz olarak doldurulması ve hekim tarafından yapılması gerek görülen her tanı işleminin bu formda belirtilmesi gerekir.

3.4 Acil Sağlık Hizmetleri Teminatı

3.4.1 Tıbbi Danışmanlık

Sigortalı sağlık sorunları ile ilgili danışmanlık hizmetini Aksigorta Acil Sağlık Hizmetleri'ni arayarak görevli doktorlar aracılığı ile alabilir.

3.4.2 Kara ve Hava Ambulansı

Sigortalının bulunduğu yerde tedavisinin mümkün olmadığı acil durumlarda, Provizyon Merkezi'ne müracaat edilmesi halinde, en yakın donanımlı sağlık merkezine ulaşımı ücretsiz olarak karşılanır.

Sigortalının durumu kara ambulansı ile taşınmaya uygun değilse, Acil Sağlık Hizmetleri doktorunun onayı ile taşıma Türkiye Cumhuriyeti sınırlarında hava ambulansı ile gerçekleştirilir

3.4.3 Ücretsiz İlaç ve Malzeme

Acil tedavi sırasında spesifik bir malzeme kullanılmadığı takdirde kullanılan sarf malzemeleri ve ilaç da ücretsiz olarak karşılanır.

4- Bekleme Süreleri

Aşağıda belirtilen durumları kapsayacak şekilde acil olsun/olmasın sigorta başlangıç tarihinden itibaren hastane tedavi,küçük müdahale, fizik tedavi, doğum ve hamilelikle ilgili rutin kontroller teminatı için 12 aylık bekleme süresi uygulanır. Sigorta sözleşmesinin yenilenme koşullarına göre tekrarlanarak sürdürülmesi ve sigortacı tarafından aşağıda sayılan durumlardan biri için özel istisna konmaması halinde 12 aylık sigortalılık süresini kesintisiz olarak tamamlayan ve ayrıca bir bekleme süresi konmuş ise bu bekleme süresini tamamlamış olan sigortalılar için aşağıda sayılan standart bekleme süreleri uygulanmaz ve teminata dahil olur.

- 1) Lipom, verrü, nevüs vb. gibi deriye yönelik yapılan her türlü işlem, kist (deri-deri altı, böbrek, vajinal vb.), her türlü tümör ve polipler (malign (kötü huylu) tümörler hariç).
- 2) Her türlü fitik, varis, anorektal hastalıklar (hemoroit, fissür, fistül, pilonidal sinüs (kıl dönmesi), anal apse vb.), tiroit ve paratiroit bezi hastalıkları, meme hastalıkları, safra kesesi ve safra yolları hastalıkları, karaciğer hastalıkları, karaciğer biyopsisi, kist hidatik, pankreas ve dalak hastalıkları ile ilgili cerrahi girişimler (kaza sonucu yapılanlar hariç).
- 3) Ülser, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn. Burun, bademcik, adenoit, kulak zarı cerrahisi ve tüp uygulaması, sinüs cerrahisi, uyku apnesi cerrahisi.
- 4) Hamilelik, normal veya sezaryen doğum, düşük ve/veya bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyon.
- 5) Rahim-yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve ameliyatlar, bartolin kisti, endometriosis, sistorektosel.
- 6) Böbrek yetersizliği, diyaliz, böbrek ve idrar yolu ameliyatları, üriner sistem taşı hastalıkları, ESWL, prostat (TUR dahil) ve mesane rahatsızlıkları, hidrosel, varikosel, nefrit,
- 7) Felç, omurga ve disk hastalıkları (disk hernileri, faset denervasyon, sinir blokajı vb).
- 8) Eklem rahatsızlıkları (menisküs, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği eklemlerindeki bağ rahatsızlıkları vb.), her türlü tuzak nöropati, higroma, ganglion, trigger finger hastalıkları
- 9) Katarakt, glokom, keratoplasti.
- 10) Her türlü organ nakli (kaza sonucu yapılanlar hariç) ve bunların komplikasyonları.
- 11) KOAH, astım, epilepsi, multipl skleroz, hepatit B, sarkoidoz, ve tüm romatizmal hastalıklar, bağ dokusu hastalıkları vb. tanı ve tedaviye yönelik invaziv girişimler (anjiyo, ERCP vb.)

5- Teminat Dışı Kalan Haller

Standart İstisnalar

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2 ve Madde 3'te belirtilen teminat dışı hallerden başka, aşağıda belirtilen durumlar bu sigorta sözleşmesi dışındadır:

- 1.Sigorta başvurusu sırasında veya öncesinde var olan ve bilinen herhangi bir hastalık, kusur veya şikâyetin sorulduğu halde beyan edilmediği tüm durumlar, ileri yaşlarda ortaya çıksa dahi,tüm konjenital (doğuştan gelen) hastalıklar ve/veya yapı bozuklukları, genetik bozukluk ve hastalıklar, genetik testler, motor ve mental gelişim bozukluğu, büyüme ve gelişme bozukluğu (Doğum Teminatının 4. bendinde tanımlandığı şekilde poliçeye eklenmiş ve doğum giderleri şirketimiz tarafından karşılanan çocuklar ile Sözleşmede Yenileme Güvencesi Verilmesi maddesi 3. Bendinde tanımlandığı şekilde Yenileme Güvencesi verilmiş sigortalıların doğuştan gelen hastalıkları teminat kapsamındadır.)
- 2.AIDS ve komplikasyonları, Aksigorta'da 01.09.2007 tarihinden sonra başvuru formu düzenlenerek, ilk defa sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin kondilom ve zührevi hastalıklar ile ilgili giderleri.
- 3.Ruh ve sinir hastalıkları, psikoterapi, psikiyatrist ve psikolog giderleri ile danışmanlık hizmetleri, tüm psikiyatrik ilaçlar ve bu ilaçların kullanımına bağlı komplikasyonlar ile tüm psikiyatrik yatışlar, zekâ testi ve benzeri tetkikler, geriatrik tedavi giderleri, Alzheimer, Parkinson (Sözleşmede Yenileme Güvencesi Verilmesi maddesi 5. bendinde tanımlandığı şekildeYenileme Güvencesi verilmiş sigortalıların Alzheimer ve Parkinson hastalıkları teminat kapsamındadır),demans hastalığı, nöropsikiyatrik testler, psikososyal bozukluklar (gece işemeleri gibi) ile ilgili giderler.
- 4.Alkol zehirlenmesi, alkolizm, alkol kullanımı sonucu doğan rahatsızlıklar ve kazalar, eroin,morfin veya benzeri uyuşturucuların kullanılması ve yoksunluk sendromu sonucu oluşabilecek her türlü giderler.
- 5.Dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçma, motosiklet sporları ve bunlarla sınırlı olmayan diğer tehlikeli faaliyetler ile tüm yarışlar, tüm profesyonel sporların sonucunda meydana gelecek hastalık ve sakatlık ile ilgili giderler.
6. Tanımlamalar kısmında belirtilen gereksiz hastane tedavisi işlemleri.
- 7.Belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmadan yapılan tetkik amaçlı yatışlar ve tüm işlemler Poliçe kapsamında check-up teminatı olmadığı durumlarda check-up giderleri.
- 8.Hekim ücretleri, TTB Asgari Ücret Tarifesinde karşılık gelen tutarın poliçede belirtilen katı ile sınırlıdır.
- 9.Yurt dışı teminatı seçilmediği durumlarda yurt dışındaki ayakta tanı, tedavi ve doktor muayeneleri.
- 10.Ek teminat olarak seçilmediği durumlarda diş, diş eti, çene eklemi, ağız çene cerrahisi, çene kemiği ile ilgili yapılan tüm muayene, ilaç giderleri ve işlemler.
- 11.Her türlü protez tamiri, meme ve penil protez, ortopedik tabanlık, boyunluk, dizlik, askı vb. her türlü yardımcı ve haricen kullanılan tıbbi malzeme (tekerlekli iskemle, işitme cihazı, koklear implant, holter cihazı, uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey vb.) ve ilgili giderler, organ naklinde vericinin masrafları, Aksigorta'da 01.09.2007 tarihinden sonra başvuru formu düzenlenerek ilk defa sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin uyku apnesi dışında her türlü nedene bağlı horlama ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler ile ilgili giderleri
- 12.Sigorta Sözleşmesinin geçerlilik süresinde meydana gelen bir kaza veya hastalık nedeniyle ortaya çıkan bir kusurun düzeltilmesine yönelik olanların dışındaki tüm estetik ve plastik cerrahi işlemler trafik

kazası dışında diş ve burun ile ilgili estetik ve plastik cerrahi işlemleri (trafik kazasının trafik zaptı ile belgelendirilmesi zorunludur), yüzeysel varis tedavisi, şaşılık, görme tembelliği, estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar, kozmetik ve estetik tedaviler, doktor nezaretinde yapılmış olsa dahi kaplıca, termal, otel ve benzeri tesislerde yapılan her türlü kür, rehabilitasyon, fizik tedavi giderleri, obezite tedavisi (ilaç, diyetisyen ve yağ kitle ölçüm testleri dahil), anoreksiya, masaj, diyet, jimnastik salonları, zayıflama merkezleri vb. konularla ilgili giderler, estetik güzellik merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri, jinekomasti, her türlü meme küçültme ve büyütme ameliyatı ile ilgili giderler, Aksigorta'da 01.09.2007 tarihinden sonra başvuru formu düzenlenerek ilk defa sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin aynı seansta estetik işlemlerle birlikte diğer girişimleri, saç dökülmesi ile ilgili tetkik, tedavi ve ilaç giderleri, telenjektazi, cilt hemanjiyomlarına yönelik tedaviler, keratokonus, ses ve konuşma terapileri, nazal valv girişimleri ile ilgili giderler.

13.Akupunktur, homeopati, hidroterapi, jakuzi, hipnoz, ayurveda, mezoterapi vb. gibi alternatif tıp yöntemleri, anti-aging merkezlerinde yapılan tüm işlemler, alternatif tıp merkezlerinde yapılan muayene ve tüm tedavi giderleri, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedavilerle ilgili tüm giderler.

14.Gözdeki kırma kusuruna yönelik her türlü cerrahi tedavi.

15.İşitme kusuru tedavisi ve cerrahisi (kronik otit sekeli, kulak zarı onarımı hariç).

16.Kürtaj, infertilite (kısırlık), düşük araştırması ve hamileliğin gerçekleşmesinin sağlanması ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri (tüp bebek, follikül takibi, spermiyogram, adhezyolizis, mikro-enjeksiyon, tuboplasti vb.), histerosalpingografi (HSG), iktidarsızlık ve cinsel işlev bozuklukları ilgili tüm tetkik ve tedaviler, doğum teminatında belirtilen sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri dışındaki doğum kontrol yöntemleri, cinsiyet değiştirme ile ilgili ameliyat ve tedaviler.

17.Alerjiye yönelik testler ve aşılannmalar (solunum fonksiyon testi, IgE ve serumda total eozinofili testleri hariç).

18.Herhangi bir sebep/kaza sonucu (trafik kazası hariç) oluşsa dahi nazal septum deviasyonu ve konka hipertrofisi.

19.Tetanoz, kuduz ve 0-6 yaş grubu koruyucu ve çocukluk aşıları ile yılda bir kez grip aşısı haricindeki tüm aşılar ve diğer koruyucu hekimlik uygulamaları.

20.Her türlü çocuk maması, çocuk bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili sarf malzemeleri, tıbbi gereği olsa dahi sünnetle ilgili tüm masraflar.

21.Alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan, saç losyonu, lens solüsyonları, diş macunu, hidrofil pamuk, termometre, şeker ölçme stikleri ve kartuşları, buz kesesi, sıcak su torbası, tatlandırıcı vb. yardımcı tıbbi malzemeler, nemlendirici amaçlı ürünler, kozmetik, Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar ve gıda takviyesi ve her türlü ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki ekstresi ve distilat vb. içeren ürünler, gözlük teminatının seçilmediği durumlarda gözlük, cam, çerçeve, kontakt lens giderleri.

22.Aksigorta'da 01.09.2007 tarihinden sonra başvuru formu düzenlenerek ilk defa sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin skolyoz operasyonları, 0-4 yaş arasındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fıtık işlemleri ile ilgili giderleri.

23.Aksigorta'da 01.09.2007 tarihinden sonra başvuru formu düzenlenerek ilk defa sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina ile ilgili giderleri.

24.Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tedavi veya her türlü cerrahi müdahaledeki hatalar sonucunda doğacak giderler.

25.Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili giderler.

6- Coğrafi Kapsam

Sigorta ettirenin ve sigortalı adayının daimi ikametgâhının Türkiye sınırları içerisinde olması zorunludur. Sigortacı, sigortalının sürekli ikamet ettiği ülkenin değişmesi halinde en geç bir ay içinde yazılı olarak durumdan haberdar edilmelidir. Daimi ikamet edilen ülkede değişiklik olması, sigorta yılı içinde sigortalının sürekli ya da kesintili olarak üç aydan fazla başka bir ülkede yaşaması anlamına gelir. Bu

Sigorta Sözleşmesi dönemi içerisinde, sürekli yatarak tedavi görme hali hariç yurt dışında kesintisiz olarak üç aydan fazla ikamet eden sigortalıların teminatları, yurt dışında kaldığı üçüncü aydan itibaren durur. Teminatların durduğu dönem içerisinde yurt dışında oluşacak tedavi masrafları için sigortacı tazminat ödemez. Sigortacı böyle bir durumun tespiti amacıyla pasaport talep etme ve yurt dışında gerçekleşen giderleri ödememe hakkını elinde tutar. Sigortalının, Sigorta Sözleşmesinin bitiş tarihinden önce Türk Gümrüğü'nden giriş yapmasının ardından teminatları yeniden başlar.

7- Teminat Uygulama Esasları

Sigorta ettirenin seçtiği plana esas olmak üzere, sözleşmenin kapsamı;

- a) Sigorta Sözleşmesinin şartları, limitleri ve standart istisnalar,
- b) Bütün teminat ve hizmet düzeylerinde uygulanabilen özel şartlar ve (varsa) özel istisnalar,
- c) İştirak oranı ve/veya muafiyetlerden ibarettir.

Sigortalının kabul edilebilir tazminat taleplerinin, bu Sigorta Sözleşmesi yürürlükteyken gerçekleşmiş olması gerekir

Sigortacı, sigorta poliçesi ve/veya sözleşmesinde sigortalıya verilen teminatların kapsamını, her hizmetya da teminat düzeyinde tazminatın temelini, limitleri, sigortacının hasar iştirak oranını, asgari muafiyeti, özel istisnaları ve uygulanabilecek bütün özel şartları, sağlık hizmet çeşitlerini, anlaşmalı kuruluşları vecoğrafi bölgeleri belirtir.

Poliçede belirlenen plan kapsamındaki sigorta teminatları, sadece poliçe kapsamında yazılı sigortalılar için limitleri ayrı ayrı geçerli olup, bunun dışındaki kişiler sigorta teminatlarından yararlanamazlar. Ayrıca, aile kapsamındaki sigortalılar, tedavileri ile ilgili belgeleri poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettiremezler.

8- Tazminat Ödemesi

Sigortacı, sigorta süresi öncesinde ve sigortalı olunan sürece, sigortalıyı tedavi eden tüm doktor, sağlık kuruluşu ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma ve her türlü kayıt kopyalarını isteme hakkına sahiptir. Sigorta ettiren/sigortalı bu nedenlerden dolayı gerek sigortacıya ve gerekse tedavisi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarına karşı herhangi bir hak iddia etmeyeceğini kabul eder. Sigortacı, gerçekleşen giderleri incelemek için kendi adına bağımsız temsilciler atayabilir.

Sigortacı, sigortalının teminat kapsamındaki tedavilerinde limit dahilinde, varsa muafiyet ve iştirak oranı dışında bir ödeme yapmadan yararlanabileceği anlaşmalı kuruluş ağını tesis etmiştir. Sigortalı harcamalarını teminatın geçerli olduğu bölgedeki anlaşmalı kuruluşta gerçekleştirmiş ise, sigortacı teminat kapsamındaki harcamalarını, muafiyet dışında, teminat limiti ve iştirak oranı dahilinde doğrudan anlaşmalı kuruluşta ödeyecektir.

Sigortalı harcamalarını kendisi ödemiş ise veya harcamalarını teminatının geçerli olduğu bölgedeki

anlaşmalı olmayan kuruluşta gerçekleştirmiş ise, sigortacı teminat kapsamındaki harcamaları, muafiyet dışında, iştirak oranı ve teminat limiti dahilinde sigortalıya ödeyecektir.

Anlaşmalı kuruluşta sigortalının provizyon almayıp direkt ödeme yapması halinde, Aksigorta kartı ibraz ederek anlaşma koşulları çerçevesinde fatura alınması gerekmektedir. Sigortalının anlaşmalı kuruluşta kartını ibraz etmeyip direkt ödeme yapması halinde faturaların ödemesi, sigortacı ile ilgili kuruluşun anlaşması çerçevesinde yapılacak olup bunun dışında kalan tutar ile ilgili sorumluluk sigortalıya aittir.

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 10'un (a) fıkrası gereği teminatlarda anlatılan limitlerin yanı sıra "sağlık hizmetinin sunulduğu bölgede yürürlükte olan ve genel seviyeyi aşmayan" olarak tanımlanan makul giderler sigorta kapsamındaki teminat limiti iştirak oranı ve genel ve özel şartlar dahilinde karşılanır. Teminat limitleri USD bazında ise, fatura tarihindeki T.C.M.B. Efektif Alış Kuru üzerinden TL'ye çevrilerek limit dahilinde ödeme yapılır. Tedavi masraflarını kendisi ödeyen sigortalı tazminat talebinde bulunabilmek için, harcama belgelerinin asıllarını sigortacıya vermek zorundadır.

Ayrıca şirket kayıtlarında olmaması durumunda, T.C. Kimlik Numarası bilgisinin sigortalı tarafından bildirilmesi gerekmektedir. Ödemeler şirketimiz tarafından sigortalının banka hesap numarasına havale edilir. Sigortalının yazılı olarak banka hesap numarasını bildirmesi ve ödemenin banka hesabına yatırılmasıyla, sigortalının itiraz haklı saklı kalma üzere sigortacı yaptığı ödeme oranında borçtan kurtulur.

Sigortalının rahatsızlığı ve yapılan tetkik ve tedavi işlemleri doktor raporuyla belgelenmelidir. Sigortacı tazminat değerlendirmesi sırasında incelemek amacıyla gerekli gördüğü belgeleri sigorta ettiren/sigortalıdan isteyebilir. İnceleme neticesinde önceden beyan edilmemiş sağlık problemi dolayısıyla tazminat ödemesi reddedilirse, sigortacı gerekçeleriyle ret sebebini yazılı olarak sigortalıya bildirir.

Sigorta ettiren/sigortalı, hastalık ve tedavi hakkında sigortacıyı yeteri kadar aydınlatmak ve yanıltıcı bilgi vermekten kaçınmak zorundadır. Eksik veya yanlış bilgi sonucu sigortacı tarafından anlaşmalı kuruluşta muvafakat verilmiş ya da tazminat ödenmiş olsa dahi, gerek tedavi sırasında ve gerekse yapılandırmanın ileriki aşamalarında söz konusu rahatsızlığın ve tedavinin teminat kapsamında olmadığı tespit edilmesi halinde, sigortacı tarafından ödenmiş olan tazminatın iadesi talep edilebilir. Sigortacı, Poliçenin Özel Şartları'na ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'na aykırı düşen giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıdan fert'leri ile birlikte tahsil etme hakkına sahiptir.

Yıllık limitli teminatlarda limit aşımına rağmen anlaşmalı kurumlardan hizmet alınması sonucunda anlaşmalı kurumlara ödenmek zorunda kalınan giderler sigorta ettiren/sigortalıdan tahsil edilir.

Yurt dışı tedavi teminatı olan sigortalıların yurt dışında yaptırdıkları tedavi harcamalarıyla ilgili yabancı ülke fatura tutarları, fatura tarihindeki yabancı para birimi esas alınarak T.C.M.B. Efektif Alış Kuru karşılığı Türk Lirası olarak hesaplanır.

Yurt dışında tedavi söz konusu ise, tedavi gören kişinin tedavisinin yapıldığı ülkede bulunduğunu belgelemesi ve tüm giderlerinin orijinal dökümlü faturalarını, yapılan tedavi ve tetkiklerin raporlarını ibrazetmesi gerekir.

Ayakta Tedavi Teminatları seçilmişse, sigorta sözleşmesinin ekinde ayakta tedavilerde kullanılmak üzere Tazminat Talep Formu verilir. Tazminat Talep Formu hekim tarafından eksiksiz olarak doldurulması ve sigortacıya gönderilmesi gerekir. Eksik doldurulan formlar değerlendirilmeye alınmaz.

Tazminat ödemelerinde aşağıdaki belgelerin ibrazı gerekmektedir. Ayrıca İngilizce dışında yabancı bir dille düzenlenmiş ödemelerde, gerekli her türlü belgenin noter tasdikli tercümesi sigortacıya iletilmelidir.

Bu Sigorta Sözleşmesi kapsamında talep edilen harcamalar karşılığında ödenecek tazminat tutarı, aşağıdaki hususlara göre değerlendirilerek belirlenir.

İstisnalar Aşaması: Sigorta Sözleşmesinde belirtilmiş istisnalar ile varsa sigortacı tarafından konulmuş olan özel istisnaların incelenmesi sonucunda mevcut vaka için herhangi bir istisna halinin geçerli olup olmadığına karar verilir

Hizmet Düzeyi Aşaması: Poliçede belirtilen özel istisnalar, kısıtlamalar, limitler, iştirak oranı ya da asgari muafiyet varsa bu aşamada belirlenir.

Hizmet Türü, Coğrafi Bölge, Anlaşmalı Kuruluş Aşaması: Sigortacının sorumluluğu; hizmetin türü, acil olup olmadığı, coğrafi bölgesi ve hizmetin verildiği kuruluşun türüne, anlaşmalı olup olmadığına bağlıdır. Poliçede sözleşmenin geçerli olduğu bölgeler yurt içi/yurt dışı olarak belirtilmektedir. Sigortalının belirli bir coğrafi bölgede belirli bir kuruluşta aldığı sağlık hizmeti için yapılan masraflardan limit dahilinde sigortalının varsa hasara iştirak payı çıkarılmasından sonra kalan tutar sigortacının üstlenmesi gereken bölümü gösterir.

Yıllık Limit Aşaması: Bundan önceki aşamalar sonucunda belirlenen kabul edilebilir harcamalar varsa toplam limite kadar ödenir.

Sigortacı tarafından aşağıdaki kapsamda belgeler talep edilir.

Hastane Tedavi Ve Küçük Müdahale Teminatına İlişkin Ödemelerde

- Hasta Bilgi Formu
- Dökümlü hastane faturası ve teminat kapsamındaki giderlere ait fatura asılları
- Ayrıntılı ameliyat raporu
- Müşahade dosyası (gerektiğinde)
- Patoloji raporu (gerektiğinde)
- Teşhis yöntemleri uygulandıysa; sonucu gösterir rapor
- Doğum söz konusu ise doğum raporu

Doktor Muayene Teminatına İlişkin Ödemelerde

- Doktor ücretine ait fatura veya serbest meslek makbuzu aslı
- Gerektiği takdirde Hasta Bilgi Formu ve/veya doktor raporu

İlaç Teminatına İlişkin Ödemelerde

- Doktor reçetesi
- İlaç kupürleri
- İlaç giderlerine ait fatura/kasa fişi aslı
- Gerektiği takdirde Hasta Bilgi Formu ve/veya doktor raporu

Teşhis Yöntemleri Teminatına İlişkin Ödemelerde

- Doktorun yazdığı sevk pusulası veya rapor
- Teminat kapsamındaki giderlere ait fatura aslı
- Teşhis yöntemlerinin sonucunu gösterir rapor
- Gerektiği takdirde Hasta Bilgi Formu ve/veya doktor raporu

Diş Tedavi Ek Teminatına İlişkin Ödemelerde

- Diş tedavisine ait fatura/serbest meslek makbuzu aslı
- Ağzın grafik şeması
- Yapılan tedavi ile ilgili röntgen (gerektiğinde)
- İlgili doktor raporu

Gözlük, Cam, Çerçeve Ve Lens Ek Teminatına İlişkin Ödemelerde

- Gözlük-cam-çerçeve-lens giderine ait fatura aslı
- Gözlük derecesini gösterir doktor reçetesi

İhtiyaç duyulması halinde Sigortacı; sigortalının rahatsızlığı ve/veya yapılan tetkik ve tedavi işlemlerine ilişkin sigortalının yazılı beyanını talep edebilir.

9.Sözleşmenin Yenilenmesi ve Sözleşmede Yenileme Güvencesi Verilmesi

9.1- Sözleşmenin Yenilenmesi

Yenileme, Sigorta ettirenin, mevcut sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden, en geç 30 gün içerisinde

yeniden sözleşme yaptırmak için sigortacıya başvurması ve sigortacıyla sigorta ettirenin yeni sigorta sözleşmesinin koşullarında mutabık kalmasıyla, sigorta süresinin bitiş tarihinden itibaren mutabık kalınan yeni koşullarda kesintisiz olarak devam ettirilmesi.

Yeniden sözleşme yapma başvurusunun yenileme tanımında belirlenen şartlarda yapılmaması halinde Yenileme güvencesi ve standart bekleme süresi için önceki sigortalılık süresi dikkate alınmaz, kayıt tarihi için yeni başvuru tarihi esas alınır.

Sigortacı, sözleşmeyi yenilerken muafiyet ve/veya ek prim, limit, katılım payı uygulayabilir, sigortalıdan sağlık bildirimini ve ek tetkikler isteyebilir, gerekli gördüğü hallerde sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutabilir, teminatlarda kısıtlamaya gidebilir, sigorta özel şartlarında ve prim tarifesinde değişiklik yapabilir, kullanım nedeniyle ek prim isteyebilir. Sigortacının, sigortalıların süregelen rahatsızlıkları için muafiyet uygulaması, taraflarca aksi kararlaştırılmadığı takdirde poliçe yenilendiğinde de devam eder. Sigortalının sözleşmenin yenilenmesi sırasında 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun 1435. ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6. maddesinde düzenlenen beyan yükümlülüğüne uyması şarttır

Sigorta ettiren, yenileme sırasında sigorta sözleşmesindeki teminat kapsamını genişletmek amacıyla sigortacıya başvurabilir. Sigortacı bu değişiklik talebi ile ilgili olarak yeni başvuru formu isteme, başvuruyu reddetme, standart şartlarla kabul etme ya da ek prim ve/veya belirli rahatsızlıklar için bekleme süresi ve/veya özel istisna, limit, katılım payı koyarak özel şartlar altında kabul etme hakkına sahiptir. Sigortacının teminat kapsamını genişletme talebini kabul etmesi halinde eklenen bu teminatlarda, Yenileme güvencesi ve standart bekleme süreleri için yeni kayıt tarihi esas alınır. Yenileme sırasında daha geniş teminat kapsamlı plana geçilmesi durumunda, eklenen teminatlar, bu teminata geçilmesinden sonra ortaya çıkabilecek teminat kapsamı dahilindeki rahatsızlıklar için geçerlidir. Sigortalının Yenileme güvencesine sahip olmaması halinde 75 yaşına kadar ve birer yıllık sürelerle Sigortacının değerlendirme yaparak yenileme yapıp-yapmayacağına karar verme hakkı saklıdır.

Sigortalının, yenileme sırasında sahip olduğu teminat kapsamını daraltmak amacıyla başvuruda bulunması ya da sigortacı tarafından Sigorta Sözleşmesi kapsamındaki teminatların, artık verilemediği için sigortalının daha dar kapsamlı bir plana geçmesi halinde, sigortalıdan sigortalılabileceği konusunda herhangi bir ek belge ve beyan istenmeksizin, Sigorta Sözleşmesinin geçerli kayıt tarihi korunarak ve tüm hakları aktararak sigorta poliçesi yeni plana göre tanzim edilir.

9.2-Sözleşmede Yenileme Güvencesi Verilmesi

Yenileme Güvencesi; sigortalının işbu güvenceyi almasından sonra, Sağlık Sigortası Genel Şartları 6 ve 7 maddelerinde belirtilen durumlar dışında, sigortacı tarafından bu kişinin değişen sağlık koşullarına göre risk değerlendirmesi yapmaması, hastalık için ek prim almaması, belirli hastalıklar için bekleme süresi veya muafiyet tanımlanmaması ve sigortalının varsa mevcut limit, hastalık ek prim, muafiyet ve katılım payında değişiklik yapmamasıdır. Bununla birlikte, Sigortacı işbu güvenceye sahip olan sigortalılara, Madde 10.2'de belirtilen çerçevede hasarlılık sürprimi uygulayabilir. Yenileme güvencesi alındıktan sonra, sigortalının yenileme güvencesi için risklerinin değerlendirildiği döneme veya öncesine ait sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda veya sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, Sigortacı Yenileme Güvencesi taahhüdünü yeniden değerlendirir. Sigortacı, Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 uyarınca işlem yapabilir.

Birbirini takip eden üç yıl boyunca kesintisiz aynı planda, gerek şirketimizde gerekse başka bir sigorta şirketinde sigortalı olan, şirketimize ilk giriş yaşı 57 yaş ve altında bulunan sigortalı, yeni bir başvuru formu doldurarak sigortalılık dönemleri de dahil olmak üzere tüm tıbbi geçmişiyle ilgili sağlık beyanı vermek suretiyle, Yenileme Güvencesi talebinde bulunabilir.

Yenileme Güvencesi başvurusunun değerlendirmeye alınabilmesi için, üç yıllık poliçe dönemi sonunda, son üç yıllık poliçe ortalama Tazminat/Prim oranının %80 ve altında olması gerekir. Sigortacı, sigortalıların sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla tıbbi incelemeyen geçmesini talep edebilir. Tıbbi incelemelerle ilgili masraflardan sigortacı sorumlu değildir. Sigortacı, başvuruda bulunan sigortalının sağlık koşullarına göre risk değerlendirmesi yaparak başvuruyu reddetme, standart şartlarla kabul etme ya da ek prim ve/veya belirli rahatsızlıklar için bekleme süresi ve/veya özel istisna koyarak özel şartlar altında kabul etme hakkı saklı kalmak kaydıyla, kayıt tarihini takip eden dördüncü yıldan itibaren Yenileme Güvencesi verebilir veya birer yıllık dönemler için yenileyebilir.

Sigortacının kayıt tarihinde belirlediği ve sigorta ettirenin kabul ettiği her türlü ek prim yüzdesinin, her yeni sigorta sözleşmesinin başlangıç tarihinde yürürlükte olan standart tarife temel alınarak uygulanacağı kararlaştırılmış ve kabul edilmiştir. Sigortacının yenileme güvencesi taahhüdünde bulunduğu sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, her poliçenin yenilendiği tarihte yürürlükte olan Genel ve Özel Şartlara tabidir. Sigortacı, tüm sigortalılara uygulanmak şartıyla primleri ve genel sigorta sözleşmesinin özel şartlarını her sigorta sözleşmesi dönemi için ve o tarihten sonra geçerli olmak üzere değiştirme hakkına sahiptir. Sözleşmede sigortalıların lehine yapılacak olan değişiklikler; Yenileme Güvencesi alan sigortalılar için de geçerli olacaktır.

Doğuştan gelen hastalıklar, Alzheimer ve Parkinson hastalıkları ile ilgili giderler; şirketimizde beş yıllık sigortalılık süresini tamamlamış ve Yenileme Güvencesi almış sigortalıların tanısı, bu sigortalılık süresinden sonra konulması şartıyla ilgili giderleri kapsam dahilindedir.

Şirketimiz tarafından doğum giderleri ödenen ve sigorta kapsamına alınan bebeklere otomatik olarak Yenileme Güvencesi verilecektir.

23 Ekim 2013 tarihli ve 28800 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği"nde tanımlanan "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" tanımı ile Şirketimizin "Yenileme Güvencesi" uygulaması arasında aşağıda belirtilen farklar mevcuttur.

a-) Sigortacının, "Yenileme Güvencesi" taahhüdünde bulunduğu sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, her poliçenin yenilendiği tarihte yürürlükte olan Genel ve Özel Şartlara tabidir. Sigortacı, tüm sigortalılara uygulanmak şartıyla primleri ve genel sigorta sözleşmesinin özel şartlarını her sigorta sözleşmesi dönemi için ve o tarihten sonra geçerli olmak üzere değiştirme hakkına sahiptir.

b-) 23.04.2014 tarihi öncesi "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" adı altında güvence almış ve 23.04.2014 tarihinden sonra "Yenileme Güvencesi" alacak sigortalılar için; Madde 10.2'de belirtilen koşullar çerçevesinde hasarlılık sürprimi uygulanmaktadır.

10- Prim Tespiti

10.1- Primin Tespitine İlişkin Kriterler

İş bu sözleşme kapsamındaki poliçe primi tespitinde; sigortalıların yaş ve cinsiyeti, kronik / kritik

hastalıkları gibi sağlık riskleri, poliçe kapsamındaki teminat ve teminat limit tutarı, teminat şekli, anlaşmalı kurum networkü, sigortalı katılım payı yüzdesi, muafiyet tutarı, muafiyet katılım yüzdesi, teminatın kullanım frekansı, hasar prim/oranları, coğrafi bölge ve medikal enflasyon gibi hususlar dikkate alınmaktadır. Sigortacı ,sözleşmeyi yenilerken muafiyet ve/veya ek prim,limit,katılım payı uygulayabilir.hastalık sürpriminde uygulanacak ek prim oranı maksimum % 300 dür.

10.2- Hasarsızlık İndirimi / Hasarlılık Sürprimi

Poliçe yılı sonunda poliçe kapsamındaki sigortalılara o yıl içerisinde ödenen Tazminat/Prim oranının aşağıda belirtilen oranlarda olması ve sigorta sözleşmesinin kesintisiz olarak yenilenmesi halinde karşılık gelen hasarsızlık indirimi veya hasarsızlık indirimi yeni sözleşmenin primleri üzerinden uygulanır.

Yatarak+Ayakta Tedavi Teminatlı Poliçeler için:

Tazminat/Prim	Hasarsızlık indirimi
% 0-10	% 40 indirim
% 11-25	% 25 indirim
% 26-50	% 10 indirim
% 51 üzeri	% 0 indirim

Tazminat/Prim Hasarlılık Sürprimi

% 121-150	% 20 sürprim
% 151-200	% 30 sürprim
% 201-250	% 40 sürprim
% 251 üzeri	% 50 sürprim

Yatarak Tedavi Teminatlı Poliçeler için:

Tazminat/Prim Hasarsızlık indirimi

% 0	% 10 indirim
-----	--------------

Poliçe yenileme aşamasından sonra sigortalının tazminat talebinde bulunması ve poliçenin Tazminat/Prim oranının değişmesi halinde, sigortacı oluşacak fark primi sigorta ettiren/sigortalıdan zeyilname ile talep eder.

11- Yeni Giriş İşlemleri

11.1.Başvurular

Sigorta Sözleşmesi için yapılacak her türlü başvurunun yazılı ve imzalı olması şarttır.Sigorta ettiren/sigortalı adaylarının ilk ve sonradan yapacakları bütün başvuruların, sigortacı tarafından temin edilen başvuru formları ile yapılması, sigortalanacak kişilerle ilgili beyan kısımlarının eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerekir. Sigorta ettiren/sigortalı, teklifnamede ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun değerlendirmesine etkisi olacak hususları beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettiren/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun 1435. ve Sağlık Sigortası Genel Şartları 6.maddesi hükümleri uygulanır. Sigortacı sözleşmeyi yapmama veya yapmış ise cayma hakkına sahiptir. Bu durumda riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminat ödenmez. Sigortacı prime hak kazanır. Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6'ya ek olarak, sigortacının bu maddedeki hakları saklı kalmak üzere, sigorta ettiren/sigortalının beyan etmediği hastalıklar sözleşmenin yapılmasına engel değilse,sigortacı bu hastalıkları teminat kapsamına almayabilir veya ek prim olarak teminat kapsamına alabilir.

Sigortacının ilk ve daha sonraki başvuruları reddetme, standart şartlarda kabul etme ya da ek prim ve/veya belirli rahatsızlıklar için bekleme süresi ve/veya özel istisna, limit, katılım payı koyarak özel şartlar altında kabul etme, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkı saklıdır.

Sigortacı, bu Sigorta Sözleşmesi metnini, teminat kapsamını ve primlerini, sigorta ettirenin seçtiği ve sigortacının bu Sigorta Sözleşmesi ile teminat altına aldığı plan ile ilgili standart sigorta sözleşmesi metnini ve teminat kapsamını güncelleştirme hakkını saklı tutar. Sigortacı tarafından sigorta özel şartlarında yapılan bu değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

Bunun gibi ilk ve daha sonra yenilenen Sigorta Sözleşmelerinde yürürlüğe konan bütün özel şartlar, aksibelirtilmediği takdirde, her yeni Sigorta Sözleşmesinin başlangıç tarihinde yeniden geçerli olacaktır.

11.2.Teminat Kapsamına İlave Yapılması

Sigorta ettiren, sigorta sözleşmesi teminatları kapsamına alınmamış olan ve sigortalanacak kişiler tanımına uygun olan kişilerin bu sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınmasını teklif edebilir. Sigortacı bu başvuruyu bu sözleşmenin Başvurulara ilişkin Maddede tanımlanan hususlarına ve risk kabul koşullarına göre değerlendirir.

Sigorta ettiren yeni doğan çocuğu, annenin de bu sigorta sözleşmesi kapsamında bulunuyor olması ve yeni doğan çocuğun doğum tarihinden itibaren 15 günü doldurması ve iki ayı geçmemesi halinde başvuru

formu ile teminat kapsamına dahil edilmesini teklif edebilir. Yeni doğan çocuğun başvurusunun doğum tarihinden itibaren 2 ayı aşan sürede yapılması halinde sigorta ettiren yeni doğan çocuğu bu sigorta sözleşmesinin yenileme tarihinde teminat altına alabilir. Sigortacının yeni doğmuş çocuk için herhangi bir nedengöstermeksizin ve başvuru süresine bakılmaksızın başvuruyu reddetme, standart şartlarla kabul etmeye da ek prim ve/veya belirli rahatsızlıklar için bekleme süresi ve/veya özel istisna koyarak özel şartlar altında kabul etme hakkı saklıdır. Sigortacının yeni doğan çocuğu teminat kapsamına dahil etmeyi kabuletmesi halinde, anneninteminatlarıyla aynı plandan yapılır. Sigorta sözleşmesine ilave edilen kişiyle ilgili olarak sigorta ettirensigortacıya borçlu olacağı prim, zeyilnamenin kayıt tarihinden başlayarak bitiş tarihine kadar günesasıyla hesaplanacaktır.

12- Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar

Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçişler

Kesintisiz olarak en az 1 yıl özel sağlık sigortası kapsamında sigortalı olunması, önceki sigorta şirketindeki sözleşmesinin bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içerisinde sigortacıya başvuru formu ile başvurusu ve sigortacıyla sigorta ettirenin yeni sigorta sözleşmesinin koşullarında mutabık kalmasıyla, geçiş yapan sigortalının önceki poliçesi ile eşdeğer plan ve teminatlarda yeni poliçe düzenlenmesi halinde bekleme süreleri kaldırılır ve ilk kez sigorta kapsamına alındıkları tarih;"İlk Kayıt Tarihi" olarak esas alınır.

Geçiş sırasında sigortalı adayı bayanın hamilelik durumunun olması halinde, Doğum Teminatı ile Hamilelik ve Rutin Kontroller Teminatları için bekleme süreleri kaldırılmayarak, bu teminatlar için ilk yıl şartları geçerli olacaktır.

Önceki sigorta şirketinde kapsam dahilinde olsa dahi rahatsızlıkları için risk analizi yapılır, kazanılmış hak kapsamına alınmaz, başvuru formundaki sağlık beyanı ve hastalık riskleri, geçiş bilgilerinde belirtilen hasar/prim oranları, hastalık riskleri ve ilk kayıt tarihi bilgileri çerçevesinde risk değerlendirmesi yapılarak poliçe kabul koşulları belirlenir.

13- Sigorta Sözleşmesinin Sona Erme Esasları

Bu sigorta sözleşmesi en fazla bir yıl için geçerli olup, bitiş tarihinde kendiliğinden sonlanır ve teminatlar durur. Bu sigorta sözleşmesi yürürlükteyken başlayan ve kesintisiz olarak sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden sonraki bir tarihe kadar süren hastane tedavilerinin masrafları, sigorta süresinin sona ermesiyle yeni bir sözleşme yapılmaması durumunda, sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden itibaren 15. Güne kadar teminat altındadır. Sigorta sözleşmesinin iptali veya sigortalının sigorta sözleşmesi teminatlarından çıkarılması halinde iptal, çıkartılma veya plan değişikliği tarihinden sonraki hastane tedavilerinin masrafları hiçbir koşul aranmaksızın karşılanmaz.

13.1- Sözleşme İptalleri ve Poliçeden Çıkış İşlemleri

Kötü Niyet Sonucu İptal

Sigortalı veya sigorta ettirenin kötü niyetli hareketlerinin ve eksik beyanının saptanması durumunda, sigortacı teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini faiz ve masrafları ile birlikte geri alma vepoliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.

Primin Ödenmemesi Sonucu İptal

Sigortalı ettiren, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigortapoliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Aynı şekilde, sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu'nun 107. maddesinin 3. bendi uyarınca herhangi bir mehile gerek kalmaksızın poliçe iptal edilir ve teminatlar tekrar yürürlüğe alınmaz.

Sigorta Ettiren/Sigortalı Talebi Sonucu İptal

Sigorta ettiren, işbu sigorta sözleşmesini, herhangi bir sebep göstermeksizin, yazılı yapacağı fesih ihbarı ile feshetme hakkına sahiptir. Fesih, sigortacı tarafından ihbarın tebellüğ edildiği tarihte hüküm doğuracaktır.

Sigortalının/sigorta ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde kanuni sebepler dışında iptal talebinde bulunması halinde ise, rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigortalıya iade edilir. Poliçe başlangıç tarihinden itibaren, 30 günlük başvuru süresinin aşılması halinde, rizikonun gerçekleşmediği durumlarda poliçe gün esaslı üzerinden iptal edilir.

İlk 30 gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde poliçebaşlangıç tarihinden itibaren geçen süreye bağlı olarak sigortacının hak kazandığı prim tutarı iş bu özdeşlerde belirtilen koşullarda hesaplanacaktır. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, iptal nedeniyle sigortaettiren/sigortalıya iade edilecek tutar, sigortacının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır;

Ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, ödenen primden hakkazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir. Ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyor, ancak ödenen primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir. Ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve ödenen primleri aşmıyorsa, prim iadesi yapılmaz. Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir.

13.2. Vefat Durumu

Sigorta ettirenin vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. Sigorta ettirenin sigortalı olarak poliçede yer almadığı durumda kanuni vârislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilir. Poliçenin devam ettirilmesi talebi ve sigorta ettirenin kanuni vârislerinin bu konuda onayının olmaması halinde sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek, fazlası sigorta ettirenin yasal vârislerine iade edilir. Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse, vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

Sigortalının bir hastalık veya kaza sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda tedavi süresi içinde oluşan giderleri, poliçe özel ve genel şartları ile sözleşmenin teminat kapsamı dahilince kanuni vârislerine ödenir. Poliçede vefat eden sigortalının dışında başka birey yoksa poliçe hükümsüz kalır. Sigorta ettiren ile sigortalının aynı kişi olmaları ve poliçede başka bireylerin (eş, çocuk) bulunması durumunda, sigorta ettiren/sigortalının vefatı halinde, poliçede yer alan diğer sigortalılar sigortalılığa devam etmek istiyorlarsa, mevcut poliçe iptal edilerek vefat eden bireye ait sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek, fazlası sigorta ettirenin yasal vârislerine iade edilir ve bitiş tarihi aynı olan ikinci poliçe üzerinde eş ve çocuğun sigortalılığı devam ettirilir. Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

Birden fazla kişinin sigortalı bulunduğu poliçelerde, sigortalılardan birinin vefatı halinde, vefat eden bireye ait sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir, poliçe devam eder. Rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir. Sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir. Rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

Vefat eden sigortalıya ait ödenmemiş sağlık giderleri varsa ödenebilmesi için veraset ve vergiye ilişkin evrakların, sigortalının kanuni vârisleri tarafından sigortacıya iletilmesi gerekir.

14- Yasalardaki Değişiklikler

Bu sigorta sözleşmesi Türkiye Cumhuriyeti'nin ilgili mevzuatına tabi olacaktır.

15- Vergiler

Sigorta sözleşmesinde belirtilen bütün resmi damga, pul ve harçlar ile vergiler sigorta ettirene aittir.

16- Para birimi

Sigorta şirketine ya da sigorta ettirene yapılacak tüm ödemelerde Türk Lirası kullanılacaktır.

17- Ekler

Anlaşmalı Kuruluşlara, aşağıdaki linkten ulaşılabilir.

<http://www.aksigorta.com.tr/Baglanma.php>

Acil Hizmet, Bilgi ve Provizyon Servisi:

Tel: 444 27 27

Faks: 0 (212) 355 83 83