

AKSAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Sağlık sigortaları, sigortalının sigorta süresi içerisinde kaza ve/veya hastalık halinin gerektirdiği tedavi giderlerini, sağlık sigortası genel ve özel şartları ile Poliçe ekinde verilen teminat tablosu doğrultusunda güvence altına almaktadır.

Sigorta Sözleşmesi; Sigorta Ettiren'in ve Sigortalı'nın Sağlık Beyan ve Başvuru Formu, Tanımlar, Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları, Genel ve Özel İstisnalar, Poliçe ve 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 Sigortacı'nın özel şartlarda, teminatlarda, prim tutarlarında ve ödeme şekillerinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

Poliçe kapsamında yer alan teminatlar, sadece poliçede Sigortalı olarak belirtilen kişiler için ayrı ayrı geçerli olup, poliçede Sigortalı olarak yer almayan kişiler sigorta teminat kapsamından yararlanamazlar.

2. TANIMLAR

Acil Durum: Poliçe genel ve özel şartları gereği Teminat Dışı Kalan Haller ile Bekleme Süreli durumlar arasında yer almayan ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve geciktirilmesi mümkün olmayacak tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, hastaneye yatırılın veya yatırılmasını, aşağıdaki Acil Durum listesinde belirtilen rahatsızlıklar için, bir hastanenin acil servisinde hizmet almayı gerektiren sağlık durumudur.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan Acil Durumlar:

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. Uzun 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 diğer 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 bağlı 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 bağlı, jinekolojik hormonal kanamalar hariç)
31. Kurşunlanma, bıçaklanma, kavgı (cürüm işlemek ve cürüme teşebbüs hali istisnadır)
32. Epilepsi krizi
33. Gebelik zehirlenmesi
34. Travmaya bağlı her tip suture 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. Diyabetik ve üremik koma
39. Renal kolik
40. Ciddi genel durum bozukluğu

Anlaşmalı Kuruluş: Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasında yapılan anlaşmalı kurum sözleşmesi kapsamında ve Sigortacı tarafından sigorta sözleşmesi ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş olan Sigortalının teminat kapsamında ve limit dahilindeki tedavi giderlerini doğrudan sigortacıdan almayı kabul eden hekimler, hastaneler, klinikler, tıp merkezleri, eczaneler, doktorlar, laboratuvarlar ve fizik tedavi merkezleridir. Üniversite ve kamu sağlık kuruluşları da teminat ve limit yönünden anlaşmalı kuruluş statüsünde değerlendirilecektir.

Anlaşmalı Olmayan Kuruluş ve Doktorlar: Sigortalının teminat kapsamındaki tedavi giderlerinin doğrudan sigortacıdan alınması ile ilgili özel bir sözleşmesi olmayan, Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmalı kurum sözleşme şartlarını kabul etmeyen ve kendi faturasını düzenleyen doktorlar, hastaneler, klinikler, tıp merkezleri, eczaneler, laboratuvarlar, fizik tedavi merkezleri vb. dir.

Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı/Network: Sigortalı tarafından tercih edilen poliçede Sigortalının yer verilmesine uygun gördüğü anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ait güncel listeye, Sigortacı'nın internet sitesi olan www.aksigorta.com.tr adresinden ulaşılabilir. Sigortacı, sigorta süresi içinde, önceden herhangi bir bildirimde bulunmaksızın Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda ve networkte değişiklik yapabilir. www.aksigorta.com.tr adresinden ulaşılacak Anlaşmalı Sağlık Kurumları'na ait liste ve bilgiler bilgilendirme amaçlı olup, hizmet alınmadan önce mutlaka Sigortacı'dan provizyon alınması, gerekmektedir.

Seçilen Sağlık Kurumu'nun, Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesinde yer alması, bu kurumun hizmetlerinin Sigortacı tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçlarına dair, Sigortacı hiçbir şekilde garanti vermemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş Sağlık Kurumu'nun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen Sağlık Kurumu sorumlu olup; Sağlık Kurumu'na dair hizmetlerden kaynaklanan zarar ve ziyan için hiçbir halde Sigortacı'nın sorumluluğuna gidilemez.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda yapılacak sağlık giderleri için, teminat tablosunda belirtilen limit, katılım payı ve muafiyet doğrultusunda, Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme kapsamında, doğrudan Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağına dair provizyon verilir.

Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmanın son bulması durumunda özel uygulamalar sona erecektir.

Provizyon: Sigortalı'nın tedavisiyle ilgili Anlaşmalı Sağlık Kurumu tarafından Sigortacı'nın 7/24 provizyon merkezinden istenen ön onayı ifade etmektedir.

Provizyon Ön Onayı: Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında yapılacak sağlık giderleri için; teminat tablosunda belirtilen limit, katılım payı ve muafiyet doğrultusunda, sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme kapsamında, doğrudan Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağını gösteren ön onayı ifade etmektedir. 4/23 Sigortacı'nın ödemeye ilişkin Provizyon Ön Onayı vermiş olması, sonradan tespit edilen beyan eksikliği nedeniyle Sigortacı'nın haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

Provizyon Şartlı Onayı: Sonuçlanan Provizyon Ön Onayı son onay olmakla birlikte, Sigortacı onay konusu teşhis ve tedavi işleminin yapılması sırasında/sonrasında buna ilişkin sağlık giderlerini yeniden değerlendirebilir. Sigortacı, tıbbi kayıtlar üzerinden ek değerlendirme yaparak gerek teminat gerekse ödeme bakımından farklı bir şekilde karar verebilir. Sigortacı'nın mevcut hastalık/rahatsızlıklara ait giderleri, sigortalı lehine işlem kolaylığı sağlamak için provizyon aşamasında kabul etmiş olması, teminat ve tazminat olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. Yapılacak değerlendirme sonucunda ön onaya konu işlem ve sağlık giderinin teminat kapsamı dışında olduğuna karar verilerek, nihai onay verilmezse, tedavi giderleri Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından karşılanır.

Provizyon Rakam Onayı: Provizyon Ön Onayı verilen sağlık giderlerinin değerlendirilmesi sonucunda ödeme kararı verilmesi halinde, nihai karar doğrultusunda Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağını gösteren onayını ifade etmektedir.

Police Başlangıç / Police Bitiş Tarihi: Sigorta sözleşmesinin ilk kez imzalanışında veya takip eden her yenilenmesinde yürürlüğe girdiği ve sözleşmesinin süresinin dolduğu (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00) tarih ve saati ifade eder.

İlk Sigortalanma Tarihi: Sigortalı'nın özel sağlık sigortası kapsamına ilk giriş yaptığı ve Sigortacı tarafından kabul edilen ilk sigortalanma tarihini ifade eder.

İstisna: Sigorta sözleşmesinin kapsamı dışında bırakılan durumlardır.

Bekleme Süresi: Sigortalı'nın ilk sigortalanma tarihi ile başlayan ve bu sigorta sözleşmesinin Bekleme Süreleri kısmında belirtilen ve varsa Sigortacı'nın, Sigortalı'nın sağlık durumuna göre uyguladığı, belirli tıbbi durumların belli bir süre için teminat altında olmadığı süredir.

Önceden Mevcut Hastalık: Bu sigorta sözleşmesinin yapılması için sağlık beyan ve başvuru formunda sorulmuş olmasına rağmen veya sorulmasa dahi Sigortacı'ya beyan edilmeyen, belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlardır.

Azami İyi Niyet Prensibi: Sigortacı bu sigorta sözleşmesini ve sözleşme şartlarını Sigorta Ettiren'in beyanına dayalı olarak oluşturmaktadır. Bu nedenle Sigorta Ettiren, başvuru ve beyan formu ile bunu tamamlayıcı belgelerde doğru bilgi vermek/ beyanda bulunmak ve sigorta sözleşmesinin konusunu teşkil eden, sigorta sözleşmesi talebinin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları beyan etmekle yükümlüdür. Sonuç olarak azami iyi niyet; sorulmuş olsa da olmasa da Sigorta Ettiren'in, sigorta sözleşmesinden yararlanacak tüm Sigortalı'ların, geçmiş ve mevcut hastalıkları ve sağlık durumu ile ilgili tüm bilgileri tam ve yanılmaya mahal vermeyecek şekilde, gönüllü olarak Sigortacı'ya bildirmesidir.

Başvuru/Beyan ve Bilgilendirme Formu: Sigortalı adayına ait bilgileri (kimlik, iletişim, sağlık beyanı, hesap numarası vb.), tercih edilen poliçe kapsamını (Network, teminat, limit, katılım payı, muafiyet vb.) ve prim ödeme planını içeren ve gerek sözleşmenin müzakeresi gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin işleyişi ile ilgili olarak Sigorta Ettiren'i, Sigortalı'yı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen Sigortacı tarafından verilen bilgileri içeren ve Sigorta Ettiren ve Sigortalı adayları tarafından doldurulması ve imzalanması gereken formdur.

Coğrafi Bölge: Bu sigorta sözleşmesi ile verilmiş olan teminatların geçerli olduğu bölgeyi ifade eder. (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. Genel şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır.

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

Endikasyon dışı işlemler: Sigortalı'nın sağlığını tehlikeye sokmaksızın hastaneye yatırılmadan da yürütülebileceği tarafsız bir hekim tarafından da kabul edilen tedavi, inceleme ve işlemlerin hastaneye yatırılarak yapılması ve/veya hastanın mevcut tablosu ile uyumlu olmayan ve endikasyonu bulunmayan teşhis ve tedavi işlemlerinin yapılmasıdır.

Kaza: Sigortalı'nın 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.

Deneysel veya Araştırma Amaçlı İşlem: Hastalığın tanı ve tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli ve yabancı otoriteler (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), tıp fakülteleri, ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı, uzmanlık dernekleri vb.) tarafından kabul görmüş olmayan, tıbbi cemiyet veya otoritelerin yapılacak işlemin deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem için bir başka kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen veya herhangi bir rahatsızlık olmadan araştırma, kontrol (check-up) amacıyla uygulandığına Sigortacı tarafından karar verilen tetkik ve tedavilerdir.

Doğuştan Gelen Hastalık (Konjenital Hastalık): Belirtileri ileri yaşta ortaya çıksa ve tanısı ileri yaşta konulsa dahi, kromozom anomalileri, genetik bozukluklar, yapısal kusurlar ile prenatal (gebelik öncesi), perinatal (gebelik sırasında) ve doğum eylemi esnasında ortaya çıkabilen fiziksel, metabolik, genetik ve kimyasal nedenlere bağlı oluşan her türlü sakatlık, motor ve mental gelişim bozuklukları, metabolik ve genetik tüm hastalıklar, yapısal anomaliler ve kusurlardır.

Kabul Edilebilir Sağlık Gideri: Sigorta sözleşmesi kapsamında ödeme almak için gönderilen fatura toplamından, varsa kapsam dışı tutar düşüldükten sonra, teminat kapsamında değerlendirilen fatura tutarıdır.

Limit: Sigortacı'nın işbu özel şartlara göre değerlendirdiği ve Sigortacı tarafından kabul edilebilir sağlık gideri ile Sigortalı tarafından ödenmesi gereken katılım payı ve muafiyet tutarlarının toplamını ifade eder.

Katılım Payı: Sigorta sözleşmesi ekinde verilen poliçede belirtilen tutar ya da oranda, kabul edilebilir sağlık gideri üzerinden hesaplanan, Sigortalı'nın üstleneceği miktarı ifade eder.

Kazanılmış Haklar: Bu sigorta sözleşmesinde kazanılmış haklar, Sigortacı tarafından da kabul edilen, İlk Sigortalanma Tarihi ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi haklarını ifade eder.

Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) Hasta Bilgi Formu: Sağlık Kurumlarından hizmet alınması durumunda Doktor tarafından doldurulması gereken formdur.

Poliçe: Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı ve Sigortacı'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve yükümlülüklerini gösteren bir belgedir.

Provizyon: Sigortalı'ların tercih etmiş oldukları Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda planlanan muayene, tanı ve tedavileri için ilgili sağlık harcamalarının karşılanıp karşılanmayacağını gösterir, Sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur.

Sigortacı: Bu sigorta sözleşmesinin tanzim edildiği ülkede tescil edilmiş ve işletme ruhsatı almış olan ve bu sigorta sözleşmesini tanzim eden 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 / Sigortalılar: Poliçede ismi / isimleri belirtilen ve sigorta sözleşmesi ile sağlık giderleri teminat altına alınan ve sağlık giderlerini talep hakkı bulunan kişilerdir.

Referans Doktor: Sigorta sözleşmesi kapsamında değerlendirilecek sağlık giderlerinin tıbbi gerekliliğine dair uzman görüşü alınan ve Sigortacı tarafından belirlenen doktordur.

Sağlık Hizmet Tarifesi: Sağlık hizmeti veren kurumlarda tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Türk Dişhekimleri Birliği Tarifesi (TDB) vb.)

Sağlık Kurumu: T.C Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilen, tıbbi bakım ve tedavi hizmeti veren hastane, klinik, poliklinik, muayenehane, teşhis ve tedavi merkezleri ile eczaneleri ifade eder. "Sağlık Kurumu" deyimi; otel, huzurevi, bakımevi, nekahethane, yetimhane ve darlacezeleri, esas olarak madde bağımlılığı tedavisi için kullanılan yerleri, sanatoryumları, kaplıcaları, hidroterapi merkezleri ile zayıflama merkezlerini içermez.

Teminat Dışı Kalan Haller: Sigorta Sözleşmesi'nin kapsamı dışında tutulan durumlardır.

Yenileme: Yenileme, Sigorta Ettiren'in, mevcut sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden, en geç otuz (30) gün içerisinde yeniden sözleşme yaptırmak için Sigortacı'ya başvurması ve Sigortacı'yla Sigorta Ettiren'in yeni sigorta sözleşmesinin koşullarında mutabık kalmasıyla, sigorta süresinin bitiş tarihinden itibaren yeni koşullarda kesintisiz olarak devam ettirilmesidir. Sözleşmenin yenilenmesi ve sözleşmede mr Boyu Yenileme Garantisi hakkı verilmesi ile ilgili esaslar işbu özel şartlar Madde 9'da detaylandırılmıştır.

Zeyil: Poliçe yürürlüğe girdikten sonra, poliçenin yürürlüğü sırasında meydana gelebilecek her türlü değişiklikleri belirten, ek sözleşmedir.

Teminat Dışı Kalan Kurumlar: Sigortalı'nın sağlık giderlerinin teminatları gereği kapsam dahilinde olmasına rağmen, geri ödeme alamayacağı kurum ve/veya hekimleri ifade eder. Yanlış Sigorta uygulamalarından, gereksiz tetkik ve tedavi ile Sigorta suistimali yaptığı tespit edilen bu kurum ve/veya hekimlerde yapılan işlemler poliçe kapsamı dışındadır. Teminat dışı kalan kurumların güncel listesine www.aksigorta.com.tr adresi üzerinden ulaşılabilir.

3. TEMİNATLAR

3.1 Yatarak Tedavi Teminatı

Poliçe genel ve özel şartları gereği Teminat Dışı Kalan Haller ile Bekleme Süreli durumlar arasında yer almayan yatarak tedavi teminatı kapsamındaki masraflar, varsa muafiyet haricinde Poliçe ekinde yer alan Teminat Tablosu doğrultusunda teminat altındadır. Kapsam dahilinde kabul edilen ve Dünya Sağlık rgt (WHO) referans alınarak hazırlanmış Acil Durumlar listesinde yer alan rahatsızlıklara ait giderler, anlaşmalı/anlaşmasız kurum ayırım olmaksızın bu teminat kapsamında ve Poliçe ekinde yer alan Teminat Tablosunda belirtilen anlaşmalı kurum katılım payı dahilinde ödenir. Trafik Kazası Tespit

Tutanağı ve doktor raporu ile belgelenmek kaydıyla, sadece trafik kazası sonucu oluşan ve dış hekimlerce yapılan dış ve çeneye uygulanan her türlü tıbbi ve cerrahi müdahale için oluşacak giderler, teminat kapsamında ödenir. Yatarak Tedavi Teminatı ile Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamında, teminat altına alınan sağlık giderleri için sağlık kurumlarında yatış süresi, yaşam boyu 720 gün, 1 (bir) yıllık sigorta süresi içinde 180 gündür. Normal oda yatışları 1 (bir) gün, yoğun bakım yatışları ise 2 (iki) gün üzerinden hesaplanarak, toplam sağlık kurumunda yatış süresinden düşülür. Sigorta süresi içinde 180 gün ve yaşam boyu 720 gün limitinin üzerindeki sağlık kurumunda yatışlarla ilgili yatarak tedavi teminatı kapsamında değerlendirilen tüm giderler kapsam dışıdır. Uygulama İstisnası: Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış olan sigortalılarda yaşam boyu gün limiti (720 gün) uygulanmaz. Teminat kapsamına giren ve girmeyen ameliyatların bir arada yapılması durumunda, teminat kapsamına girmeyen ameliyat veya ameliyatlara ilgili olduğu belirlenen sağlık giderleri karşılanmaz. Teminat kapsamına giren ameliyat veya ameliyatlara ilgili ödenebilecek fatura tutarı ve ortak giderler, ameliyatların TTB Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (TTB-HUV) Tarifesinde yer alan birimleri doğrultusunda ağırlıklı ortalamaları dikkate alınarak hesaplanır. Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na, dışarıdan gelen kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tedavi işlemleri için Sigortalı'ya ödenecek ücret, bu işlemlerin TTB Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (TTB-HUV) Tarifesindeki birim karşılığının iki katına kadar olan tutarından varsa Sigortalı payı düşüldükten sonraki tutar ile sınırlıdır. Kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tedavi işlemleri için ödenecek ücret, Sigortacı'nın ödeyeceği tutardan fazla olursa aradaki fark Sigortalı tarafından karşılanır. Sigortalıların, acil tıbbi durumlar haricinde planlanmış ameliyatları için, ameliyatı yapacak olan doktor tarafından doldurulacak Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu'nun, anlaşmalı sağlık kurumu aracılığıyla 48 saat öncesinden Sigortacı'ya gönderilmesi gerekmektedir. Yatış süresi 24 saati aşmayan ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanan acil tıbbi durumlar arasında yer almayan tüm giderler varsa ayakta tedavi teminatları kapsamında karşılanır. Tetkik amaçlı yatışlar, teminat kapsamı dışındadır. Kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz tedavileri sırasında veya sonrasında tedavinin planlanması, takibi ve hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan muayene ve tetkiklere ait giderler, hastaneye yatış yapılsa dahi ayakta tedavi teminatı kapsamında değerlendirilir.

3.1.1 Dahili Yatış Teminatı

Sigortalının 24 saati aşan hastaneye yatırılarak yapılacak tedavi giderlerinin tıbben gerekli olması ve doktorun bu nedeni ayrıntılı olarak raporunda belirtmesi şartıyla tüm ameliyatsız yatışlar ve fototerapiler, Sigortalı'nın hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderleri, bu teminat kapsamındadır. Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığa ilişkin tıbben yatarak gerçekleştirilmesi zorunlu olan fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen ilgili teminat limit ve katılım payı ile değerlendirilir.

3.1.2 Cerrahi Yatış Teminatı

Sigortalının 24 saati aşan hastaneye yatırılarak yapılacak tıbbi olarak gerekli olan ve doktor raporunda ayrıntılı olarak cerrahi işlem nedenlerinin belirtilmesi şartıyla ve TTB Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (TTB-HUV) Tarifesinde tanımlanan, birimi 200 üzerindeki cerrahi işlemler ameliyat olarak tanımlanır. Sigortalının bir ameliyat veya bir hastalığın tedavisi nedeniyle hastanede yatmasını gerektiren durumlarda ortaya çıkan ameliyat giderleri (ameliyat için zorunlu anestezi tetkikleri, ameliyathane kullanım ücreti, operatör doktor, asistan, ameliyat hemşiresi, anestezi giderleri ile ameliyat esnasında kullanılan sarf malzemesi, ilaç, kan, serum vb. ameliyat ile ilgili her türlü tıbbi malzeme giderleri) ile ameliyat dışındaki ilaç, pansuman, bandaj, alçı, plaster gibi malzemeler ve her türlü iğne ve serumları, kan ve kan ürünleri takılması gibi masraflar; doktor takip ve konsültasyon masrafları; hastanede yatan

sigortalının hastalığının takibi ve doktorun öngördüğü tedaviyi yönlendirici tetkikleri, tahlil, röntgen masrafları, standart tek kişilik özel oda, yemek ve refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır. Mediastinoskopik akciğer biyopsisi, böbrek biyopsisi, karaciğer biyopsileri, beyin biyopsisi işlemleri de bu teminattan karşılanır.

3.1.3 Doktor Ücreti

Yatarak tedavi teminatı kapsamındaki tüm işlemlerde tedaviyi gerçekleştiren doktorun (anestezi ve asistan doktorları da bu kapsam içinde değerlendirilecektir) Ak Sigorta ile anlaşmalı doktor olması veya anlaşmalı kurumun kadrolu doktoru olması durumunda, doktor ücreti sertifikada belirtilen anlaşmalı kurum limit ve katılım payı oranları ile değerlendirilir. Tedavinin anlaşmalı/anlaşmasız kurumda, anlaşmasız doktor (kadrolu veya kadro dışı geçici zamanlı çalışmayan) tarafından yapılması halinde doktor ücreti için poliçe sertifikada belirtilen anlaşmasız kurum limit ve katılım oranları uygulanır. Sigortalının anlaşmasız bir doktor tarafından muayene harici yapılan işlem faturası Doktor Ücreti teminatı limit ve katılım oranları ile değerlendirilir.

3.1.4 Küçük Müdahale Teminatı

Hekimlik Uygulamaları Veritabanı'nda (HUV) 200 birimin altına kadar olan girişimler ile müşahede altına alınma, pansuman, enjeksiyon, kulak yıkama, alçı uygulaması, oksijen verilmesi, apse drenajı, mide yıkama, lavman, sonda takma, tırnak çekme, taş kırılma (ESWL), ortopedide şok tedavisi (ESWT) koterizasyon uygulaması, ben alımı, eksizyonel yapılan biyopsi işlemleri, 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 poliçede ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik uygulanan faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon vb. ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, yapılan işlemin Sağlık Hizmet Tarifesindeki birimine ve yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın Küçük Müdahale Teminatı kapsamında 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.
- Bu teminat kapsamında yapılan işlemin lokal veya genel anestezi altında yapılmasına bakılmaksızın, ameliyathane açılış ve ameliyathane ile ilgili hiçbir gider ödenmez.
- Aynı seansta yapılan, birden fazla müdahalenin Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV) Tarifesi'ndeki birimlerinin toplamı 200 ve daha yukarıda olsa bile, eğer içlerinde tek başına Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV) Tarifesi'nde birimi 200 ve daha yukarıda olan bir müdahale yok ise, tamamı Küçük Müdahale Teminatı kapsamında değerlendirilir.
- Teminat kapsamına giren ve girmeyen küçük müdahalelerin bir arada yapılması durumunda, teminat kapsamına girmeyen müdahale veya müdahale ile ilgili olduğu belirlenen sağlık giderleri karşılanmaz. Teminat kapsamına giren müdahale veya müdahalelerle ilgili ödenebilecek fatura tutarı ve ortak giderler, müdahalelerin Sağlık Hizmet Tarifesi'nde yer alan birimleri doğrultusunda ağırlıklı ortalamaları

dikkate alınarak hesaplanır.

- Anlaşmalı kuruma dışarıdan gelen veya anlaşmasız kurumlardaki hekim ücretlerinin yapılan işlemin Sağlık Hizmet Tarifesindeki karşılığının 2 katına kadar olan tutarından varsa katılım payı düşüldükten sonra kalan kısmı ödenir. Sağlık Hizmet Tarifesinde belirtilmeyen işlemlerin hekim ücretleri için TTB'nin görüşü alınır.

3.1.5 Yatış Sonrası Fizik Tedavi Teminatı

Ameliyat ve yoğun bakım gerektiren bir tedaviden sonra, iki (2) ay içerisinde gerçekleşen ve söz konusu tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi masrafları, ayakta ve yatarak gerçekleşmesine bakılmaksızın poliçede ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge bir (1) seans olarak değerlendirilir.

3.1.6 Rehabilitasyon ve Evde Tıbbi Bakım Teminatları

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 edilmesi koşuluyla, poliçe ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir. Ayrıca oda- yemek-refakatçi, doktor takibi vb. giderleri ödenmez

Sigortalının sağlık kuruluşundaki yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için kendi evinde sadece tıbbi personel tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin giderler, poliçe ekinde verilen teminat tablosu doğrultusunda ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Sigortalı'nın bu teminattan faydalanabilmesi için Sigortalı'yı tedavi eden doktorun, Sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir sağlık personeli eşliğinde evde sürdürülmesi gerektiğini bir raporla Sigortacı'ya bildirmesi, bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin evde bakım gerçekleşmeden önce Sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

Evde bakım verilen süre, Özel Şartlar'ın 3.1.1 maddesinde tanımlı sigorta süresi içindeki sağlık kurumunda yatış süresinden düşülür.

Rehabilitasyon ve Evde Bakım Teminatı poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilen limit ve yıllık 60 gün ile sınırlıdır.

3.1.7 Ameliyat Tazminat Teminatı

Sigorta süresi içerisinde ve teminat kapsamında olan ameliyat giderlerinin, Sigortacı'dan talep edilmemesi ve yapılan ameliyatın doktor raporları ile belgelenmesi halinde Sigortalı'ya ilgili ameliyatın SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) bedeli, poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilen Ameliyat Tazminat Teminatı üst limiti ile ödenir.

Seçilen planda tazminata konu işlem için limit varsa, ödenecek "Ameliyat Tazminat Teminatı" bu limiti aşmayacaktır. Benzer şekilde, yıllık toplam muafiyet varsa ödeme, muafiyet tutarı düşülerek yapılacaktır. Bu teminatın kullanılması halinde aynı ameliyat ile ilgili olarak ikinci bir tazminat ödemesi yapılmayacaktır.

3.1.8 Yardımcı Tıbbi Malzemeler Teminatı

Sigorta süresi içinde meydana gelen bir hastalık veya kaza sonucu Sigortalı'ya uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, ortopedik tabanlık, bot, elastik bandaj, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, tabanlık, oturma simidi, koltuk değneği, tıbbi nebülizatör gibi tıbbi malzemeler, poliçe ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.1.9 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 kalp pili, insulin pompası, el, kol, bacak ve meme kanseri operasyonu sonrası takılan meme protezi olmak üzere protez giderleri gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi koşulu ile protez gideri ve protezin takılmasıyla ilgili ameliyat giderleri, poliçe ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.1.10 Kontrol Mamografisi

40 yaş ve üstü yaşlardaki kadın sigortalıların, kontrol amaçlı olarak yaptırdıkları mamografi ve meme ultrasonografi masrafları, Sigortacı tarafından belirlenen ve anlaşmalı sağlık kurumları listesinde ayrıca belirtilen sağlık kurumlarında yapılması koşulu ile yılda bir kez ve Sigortalı katılım payı uygulanmadan ödenir. Diğer anlaşmalı / anlaşmasız sağlık kurumlarında yapılan kontrol amaçlı mamografi ve meme ultrasonografi masrafları teminat kapsamında değerlendirilmeyecektir.

3.1.11 Kontrol PSA

40 yaş ve üstü yaşlardaki erkek sigortalıların kontrol amaçlı olarak yaptırdıkları PSA tetkik masrafları, Sigortacı tarafından belirlenen ve anlaşmalı sağlık kurumları listesinde ayrıca belirtilen sağlık kurumlarında yapılması koşulu ile yılda bir kez ve Sigortalı katılım payı uygulanmadan ödenir. Diğer anlaşmalı/anlaşmasız sağlık kurumlarında yapılan kontrol amaçlı PSA masrafları teminat kapsamında değerlendirilmeyecektir.

3.1.12 Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz

Poliçe ekinde yer alan Teminat Tablosunda belirtilen limite kadar teminat kapsamındaki rahatsızlık nedeniyle yapılan kemoterapi ve radyoterapi giderleri ve diyaliz masrafları Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz teminatından değerlendirilecektir. Kemoterapi öncesi kemoterapiye hazırlık ve uygunluğun değerlendirilmesi amacıyla yapılan onkolojik muayene ve ilgili kan tetkikleri bu teminattan karşılanır. Hastalığın seyri ve tedaviye yanıtı değerlendirme amacıyla yapılan işlemler ise bu teminata konu değildir.

3.1.13 Anjiyografi ve Anjiyoplasti

Koronar damar anjiyografisi ve bu işlem esnasında yapılan tedavi amaçlı anjiyoplasti işlemleri bu teminat altında değerlendirilir.

3.1.14 Yoğun Bakım

Yoğun bakım ünitesinde yapılan tedaviler bu teminat kapsamında karşılanır. Söz konusu yoğun bakım yatış süresi ve günlük yatış süresi için belirtilen gün limitleri her yenilenen poliçe döneminde yeniden başlayarak değerlendirilir.

3.1.15 Oda-Yemek-Refakatçi Teminatı

Poliçe süresi içerisinde yatarak tedavi teminatlarının kullanıldığı durumlarda, tek kişilik odalar için geçerli olmak kaydı ile oda-yemek-refakatçi teminatı kullanılabilir. Bu teminat poliçe limitleri ile özel ve genel şartlar dahilinde ödenir. Tek kişilik oda yerine süit oda tercih edilirse tek kişilik oda tutarı ödenir, aradaki fark sigortalı tarafından karşılanır.

3.2 Acil Sağlık Hizmetleri Teminatları

3.2.1 Tıbbi Danışmanlık

Sigortalı sağlık sorunları ile ilgili danışmanlık hizmetini, Aksigorta Ambulans ve Acil Tıbbi Yardım Hizmetleri'ni arayarak görevli doktorlar aracılığı ile alabilir.

3.2.2 Ambulans

Tanımlar kısmında yer alan "Acil Durum" tanımına uyan hallerde Sigortalı'nın, yerinde müdahale ve/veya bulunduğu yerde tedavisinin mümkün olmadığı durumlarda, en yakın sağlık kurumuna nakli için yapılan masraflar Sigortacı'nın onay vermesi kaydıyla bu teminat kapsamında ödenir.

Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, Sigortacı'ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve Sigortacı'nın onayı ile hasarın gerçekleştiği ülke sınırları dahilinde hava veya deniz ambulans hizmeti Sigortacı tarafından verilir.

3.3 Annelik Tedavi Teminatı

Hamilelik ve doğum teminat grubu, Sigortalı'nın bu sözleşme kapsamına dahil olmasından en az beş (5) ay sonra başlayacak hamilelikleri için geçerlidir. Bu sürenin başlangıcı olarak bebek ultrasonografisi bulguları ve son adet tarihi (SAT) dikkate alınır. SAT'ın 5 aylık bekleme süresi sonrasında olması gerekmektedir. Beş (5) aylık bekleme dönemi tamamlanmadan başlayan hamilelik ile ilgili tüm giderler teminat kapsamı dışındadır.

Hamilelik ve Doğum Teminatı, 18-50 yaş arasında olan kadın sigortalılarda geçerlidir. Ancak, poliçede "çocuk" konumunda sigortalanmış kişilerde geçerli değildir.

Bu teminatın limitsiz alınması halinde; Hamilelik ve Doğum teminat grubu, vaka (doğum) başına geçerli olup, sözleşme yenilense bile hamilelik ve doğum sonlanana kadar tek limit geçerli olacaktır. Doğum yapıldıktan sonra, sözleşme devam etse dahi aynı poliçe yılı içinde oluşacak ikinci hamileliğe ait doğum ve hamilelik giderleri ödenmeyecektir. Hamileliğin 12. haftasına kadar gerçekleşen bir düşük ya da tıbbi gereklilik nedeniyle hamileliğin sonlanması durumunda yeni limit devreye girebilecektir. Ancak, hamileliğin 12. haftasından sonra ve beklenen doğum tarihinden önce sonlanması halinde, aynı poliçe yılı içinde oluşacak ikinci hamileliğe ait doğum ve hamilelik giderleri ödenmeyecektir.

Doğumun yurtdışında gerçekleşmesi halinde, doğum teminatını kullanmaya hak kazanan Sigortalı'lar için poliçede belirtilen limit kadar ödeme yapılabilir.

Sigortalının yurtdışı hamilelik ve doğum giderlerine ilişkin tazminat ödemelerinde, fatura tarihindeki TCMB efektif satış kuru dikkate alınır ve limitler dahilinde TL olarak ödenir.

3.3.1 Doğum Teminatı

Doğumun sonlandırılması işlemi için yapılan normal doğum veya sezaryen işlemlerine ait doktor ve hastane giderleri ile hamilelik döneminde tıbbi gereklilik halinde amniyosentez işlemi, hamilelik, küretaj, doğum ve sezaryen komplikasyonlarına bağlı yatışlar bu teminat kapsamında, poliçe ekinde verilen teminat tablosu doğrultusunda karşılanmaktadır.

Sigorta süresi içinde teminat altına alınan Yatarak Tedavi Teminatı ile Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamındaki hastanede yatış süresi, teminat tablosunda yer alan limitler ile sınırlı olmak üzere, toplam 180 gündür. Normal oda yatışları bir (1) gün, yoğun bakım yatışı ise iki (2) gün üzerinden hesaplanarak, toplam yatış süresinden düşülür.

Sigortalıların, acil tıbbi durumlar haricinde planlanmış doğumlar için doğumu yapacak olan doktor tarafından doldurulacak Özel Sağlık Sigortası Bilgi Formu'nu, 48 saat öncesinden Sigortacı'ya göndermesi gerekmektedir.

Doğum sırasında, doğum dışında bir nedenle yapılması gereken ameliyatlara da yapılması durumunda, ilgili ameliyatlara için de ayrıca onay alınması gerekmektedir.

Anlaşmalı sağlık kurumunda kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tetkik ve tedavi işlemleri için ödenecek ücret, anlaşmalı sağlık kurumunun Sigortacı ile sözleşmesi gereği kadrolu olan hekime ödenecek tutar kadar ve her durumda Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV) Tarifesi ile limitlidir. Kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tetkik ve tedavi işlemleri için ödenecek ücret, sigorta şirketinin ödeyeceği tutardan fazla olursa aradaki farkı Sigortalı ödemek zorunda kalacaktır.

Yurtiçinde anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında yapılan ve Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV) Tarifesinde yer almayan işlemler, TTBB'den alınacak görüş doğrultusunda değerlendirilecektir.

3.3.2 Rutin Kontroller Teminatı

Hamileliği ilgilendiren her türlü kontrol muayene ve rutin tetkikler, hamilelik rutin kontrol teminatı kapsamında, poliçe ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Muayene tarihinden sonra, aynı doktorun 10. güne kadar yaptığı muayenelere ilişkin giderler, teminat kapsamı dışındadır. Ancak, ilave tetkik ya da tedavi önerileri ilgili teminat kapsamında değerlendirilir.

3.3.3 Yeni Doğan Masrafı Teminatı

Bu teminat kapsamında, Hamilelik ve Doğum Teminatına hak kazanmış annenin yeni doğan bebeğinin hastaneden çıkmadan yapılan ve aşağıda detayı belirtilen giderleri Anneye ait doğum teminatı limitinden düşülmek kaydı ile poliçe ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

- Yeni doğan bebek muayenesi
- Yeni doğan bebek kan grubu belirleme
- Direkt Coombs,
- Neonatal TSH
- Metabolik tarama testi
- Bilurubin
- Otoakustik emisyon (İşitme testi)
- Hepatit B aşısı

3.4 Ayakta Tedavi Teminatı

Teşhis ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, Sağlık Kurumları'nda yapılan doktor muayene, ilaç, görüntüleme ve laboratuvar işlemleri ile fizik tedavi giderleri poliçe ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat grubu kapsamında değerlendirilir.

Sağlık kurumunda yatış süresi 24 saati aşmayan ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanan acil tıbbi durumlar arasında yer almayan tüm sağlık giderleri ile tetkik amaçlı yatışlar bu teminat grubundaki ilgili teminatları kapsamında karşılanır.

3.4.1 Doktor Muayene Teminatı

T.C Sağlık Bakanlığınca çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca yaptırılacak muayenelere ait giderler, belgelenmesi kaydıyla poliçe ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

İlk 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. Ancak, ilave tetkik ya da tedavi önerileri, ilgili teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigortacı'nın anlaşmalı hekim muayenesi uygulaması başlattığı illerde, Sigortacı tarafından belirlenmiş anlaşmalı hekimlerce yapılacak doktor muayene giderleri teminat limiti kapsamında katılım paysız ödenir.

3.4.2 İlaç Teminatı

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlık nedeniyle hekim tarafından reçete edilen T.C Sağlık Bakanlığı

tarafından ruhsatlı farmasötik ürünler, bir (1) aylık tedavi dozu kadar, doktor reçetesi, ilaç küpürü ya da İlaç Takip Sistemi (İTS) çıktısı ve fiş veya fatura asılları ile belgelenmiş olmak koşulu ile poliçe ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir. Teminat reçete başına geçerli olup, reçete bölünemez.

Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye’de muadili bulunmayan ilaçlar, sadece Türk Eczacılar Birliği tarafından ithal edilmesi ve teminat kapsamındaki bir durumla ilgili olması halinde bu teminattan karşılanır.

Reçete yazıldığı tarihten itibaren en geç on (10) gün içerisinde ilaçlar alınmalıdır. On günlük sürenin aşılması durumunda reçete geçersiz sayılacak ve ödeme yapılmayacaktır.

Her reçetede en fazla bir aylık doza tekabül eden ilaç giderleri karşılanacaktır. Ancak kabul edilen kronik hastalıklara ilişkin ilaçlar, ilgili ilaçların sürekli kullanılma neden ve gerekçesini belirten doktor raporu ve üzerinde sürekli kullanılacağı belirtilen ilaçlara ait reçete fotokopisinin Sigortacı’ya iletilmesi halinde, sigorta süresi ile uyumlu olacak şekilde üç (3) aylık tedavi dozları halinde karşılanacaktır.

Alerji aşıları hariç 0-6 yaş grubu için tüm çocukluk aşıları ve koruyucu aşılar, yılda bir kez grip aşısı da bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.4.3 Laboratuvar Hizmetleri

Teminat kapsamındaki bir hastalığın teşhisi ve tedavisi için tıbben gerekli görülen tahliller ile kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler, poliçe ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Hepatit markerlerine ait giderler, sadece karaciğer enzim değerlerinin normal değerlerin üzerinde olması durumunda ödenir.

3.4.4 Görüntüleme

Teminat kapsamındaki bir hastalığın teşhisi için tıbben gerekli görülen radyolojik tetkikler, ultrasonografi, mamografi, ilaçlı ve ilaçsız grafiler, EKG, Eforlu EKG, odyometri, EMG, ürografi, sintigrafi, doppler ve benzeri görüntüleme giderleri ile bu işlemler esnasında kullanılan kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler, poliçe ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.4.5 Modern Teşhis Teminatı

Teminat kapsamındaki bir hastalığın teşhisi için doktor tarafından gerekli görülen MR, tomografi, talyum, anjiyografi (koroner anjiyografi hariç), gastroskopi, bronkoskopi, sistoskopi, endoskopi gibi girişimsel tanı yöntemleri, insizyonel biyopsiler ile bu işlemler esnasında kullanılan gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler, poliçe ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.4.6 Fizik Tedavi Teminatı

Teminat kapsamındaki bir hastalığın tedavisi için doktorun gerekli gördüğü fizik tedavi seansları ve rehabilitasyon giderleri, poliçe ekinde yer alan teminat tablosu dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge bir (1) seans olarak değerlendirilir.

Fizik tedavinin sağlık kurumunda yatarak yapılması halinde, fizik tedavi giderleri dışında faturalandırılan oda, yemek, refakatçi, doktor takibi vb. giderler ödenmez.

3.5 Yurtdışı Tedavi Teminatları

3.5.1 Yurtdışı Ayakta Tedavi Teminatı

Bu teminat, kesintisiz doksan (90) günü geçmeyen yurtdışı seyahatlerinde ve ek prim ödenerek Yurtdışı Tedavi Teminatı'nın alınması şartı ile, Poliçe ekinde yer alan Teminat Tablosu doğrultusunda geçerlidir. Yurtdışı seyahatinin kesintisiz doksan (90) günün üzerinde olması durumunda, yurtdışı tedavi teminatı alınmış dahi olsa yurtdışında gerçekleştirilen sağlık giderleri kapsam dışıdır.

Teminat tablosunda Yurtdışı Ayakta Tedavi Teminatının yer alması halinde Yurtdışında gerçekleşen Ayakta Tedavi giderleri için, yurtdışı tedavi teminatı limitinden düşülmek kaydı ile Türkiye'de geçerli olan Ayakta Tedavi yıllık limit, muafiyet ve sigortalı katılım payı dikkate alınarak işlem yapılır.

Bu Sigorta Sözleşmesi dönemi içerisinde, sürekli yatarak tedavi görme hali hariç, yurtdışında kesintisiz olarak 90 günden fazla ikamet eden sigortalıların teminatları, yurtdışında kaldığı 90. Günden itibaren durur. Teminatların durduğu dönem içerisinde yurtdışında oluşacak tedavi masrafları için Sigortacı tazminat ödemez. Sigortacı, böyle bir durumun tespiti amacıyla pasaport talep etme ve yurtdışında gerçekleşen giderleri ödememe hakkını elinde tutar. Sigortalı'nın, Sigorta Sözleşmesinin bitiş tarihinden önce Türk Gümrüğü'nden giriş yapmasının ardından teminatları yeniden başlar.

Sigortalının yurtdışı tedavi giderlerine ilişkin tazminat ödemelerinde, fatura tarihindeki TCMB efektif satış kuru dikkate alınır ve Poliçe ekinde yer alan Teminat Tablosu'nda belirtilen limitler dahilinde TL olarak ödenir.

Yurtdışında yapılan tedavi giderlerine ait faturalar ve bu tedavilere ait rapor ve tetkik sonuçlarının, İngilizce dışında bir dilde ise, her türlü masrafı Sigortalı'ya ait olmak üzere Türkçe tercümeyle beraber gönderilmesi gerekmektedir. Sigortalı yurtdışındaki tedavilerine ait ödemeyi kredi kartıyla yapmış ise, kredi kartından ödendiğini gösteren kredi kartı slipinin ya da hesap özeti de Sigortacı'ya gönderilmesi gerekmektedir.

Poliçe ekinde yer Teminat Tablosu'nda Yatarak Tedavi Teminatı'nın yer alması halinde bu teminat, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yapılması tıbben mümkün olmayan ve/veya acil durumlarda Poliçe ekinde yer Teminat Tablosu'nda belirtilen yıllık limit dahilinde geçerlidir.

Türkiye'de tedavisi mümkün olan ve/veya acil olmayan durumlarda ise, geri ödeme, yine poliçede belirtilen yıllık limit dahilinde ancak vaka bazlı Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV) Tarifesi ile belirlenen tutarın maksimum üç (3) katı ile sınırlıdır.

3.5.2 Yurtdışı Yatarak Tedavi Teminatı

Bu teminat, kesintisiz doksan (90) günü geçmeyen yurtdışı seyahatlerinde ve ek prim ödenerek Yurtdışı Tedavi Teminatı'nın alınması şartı ile, Poliçe ekinde yer alan Teminat Tablosu doğrultusunda geçerlidir. Yurtdışı seyahatinin kesintisiz doksan (90) günün üzerinde olması durumunda, yurtdışı tedavi teminatı alınmış dahi olsa yurtdışında gerçekleştirilen sağlık giderleri kapsam dışıdır.

Bu Sigorta Sözleşmesi dönemi içerisinde, sürekli yatarak tedavi görme hali hariç, yurtdışında kesintisiz olarak 90 günden fazla ikamet eden sigortalıların teminatları, yurtdışında kaldığı 90. Günden itibaren durur. Teminatların durduğu dönem içerisinde yurtdışında oluşacak tedavi masrafları için Sigortacı tazminat ödemez. Sigortacı, böyle bir durumun tespiti amacıyla pasaport talep etme ve yurtdışında gerçekleşen giderleri ödememe hakkını elinde tutar. Sigortalı'nın, Sigorta Sözleşmesinin bitiş tarihinden önce Türk Gümrüğü'nden giriş yapmasının ardından teminatları yeniden başlar.

Sigortalının yurtdışı tedavi giderlerine ilişkin tazminat ödemelerinde, fatura tarihindeki TCMB efektif satış kuru dikkate alınır ve Poliçe ekinde yer alan Teminat Tablosu'nda belirtilen limitler dahilinde TL olarak ödenir.

Yurtdışında yapılan tedavi giderlerine ait faturalar ve bu tedavilere ait rapor ve tetkik sonuçlarının, İngilizce dışında bir dilde ise, her türlü masrafı Sigortalı'ya ait olmak üzere Türkçe tercümeleriyle beraber gönderilmesi gerekmektedir. Sigortalı yurtdışındaki tedavilerine ait ödemeyi kredi kartıyla yapmış ise, kredi kartından ödendiğini gösteren kredi kartı slipinin ya da hesap özeti de Sigortacı'ya gönderilmesi gerekmektedir.

Poliçe ekinde yer Teminat Tablosu'nda Yatarak Tedavi Teminatı'nın yer alması halinde bu teminat, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yapılması tıbben mümkün olmayan ve/veya acil durumlarda Poliçe ekinde yer Teminat Tablosu'nda belirtilen yıllık limit dahilinde geçerlidir.

Türkiye'de tedavisi mümkün olan ve/veya acil olmayan durumlarda ise, geri ödeme, yine poliçede belirtilen yıllık limit dahilinde ancak vaka bazlı Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV) Tarifesi ile belirlenen tutarın maksimum üç (3) katı ile sınırlıdır.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen durumları kapsayacak şekilde acil olsun/olmasın ilk sigorta başlangıç tarihinden itibaren Hastane Tedavi, Küçük Müdahale, Rehabilitasyon ve Evde Bakım, Ameliyat Tazminat Teminatı, Suni Uzuv ile Fizik Tedavi Teminatları için on iki (12) ay bekleme süresi uygulanır. Sigorta sözleşmesinin yenilenme koşullarına göre tekrarlanarak sürdürülmesi ve Sigortacı tarafından aşağıda sayılan durumlardan biri için ek şart konmaması halinde on iki (12) aylık bekleme süresini tamamlayan sigortalılar için aşağıda sayılan 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. Katarakt, glokom, keratoplasti,
3. Bademcik, adenoid, kulak zarı cerrahisi ve tüp uygulaması, sinüs cerrahisi,

4. KOAH, astım, epilepsi, multipl skleroz, hepatit B, sarkoidoz ve tüm romatizmal hastalıklar, bağ dokusu hastalıkları,
5. Benign (iyi huylu) tiroit ve paratiroid bezi hastalıkları,
6. Her türlü fitik, felç, omurga ve disk hastalıkları (disk hernileri, faset denervasyon, sinir blokajı vb.).
7. Safra kesesi ve safra yolları hastalıkları, karaciğer hastalıkları, kist hidatik, pankreas ve dalak hastalıkları,
8. Ülser, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn)
9. Her türlü varis, varikosel, hidrosel,
10. Rahim-yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve ameliyatlar, bartolin kisti, endometriosis, sistosel, rektosel, meme hastalıkları,
11. Anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür, fistül, pilonidal sinüs (kıl dönmesi) anal apse vb)
12. Böbrek yetersizliği, diyaliz, böbrek ve idrar yolu ameliyatları, üriner sistem taşlı hastalıkları, prostat (TUR dahil) ve mesane rahatsızlıkları, nefrit,
13. Eklem rahatsızlıkları (kalça, menisküs, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği eklemlerindeki bağ rahatsızlıkları vb.), her türlü tuzak nöropati, higroma, ganglion, trigger finger hastalıkları,
14. Her türlü organ nakli (kaza sonucu yapılanlar hariç) ve bunların komplikasyonları,
15. Ek prim ödenerek Hamilelik ve Doğum teminatının alınması durumunda hamilelik ve doğum ile ilgili tüm giderler için 5 (beş) ay.

Uygulama İstisnası: *Hamilelik ve doğum ile ilgili teminatın kullanılabilmesi için Sigortalı'nın ek prim ödenerek sözleşme kapsamına dahil edilmesi ve son adet tarihinin (SAT) 5 aylık bekleme süresi sonrasında olması gerekmektedir.*

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilen teminat dışı hallerle birlikte, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak her türlü sağlık gideri de (muayene, tetkik, tedavi nüks, komplikasyonlar vb.) teminat kapsamı dışında olup, Sigortalı tarafından karşılanır.

1. Sigortalının sigortacıya sigortalanırken bildirilmiş olsa dahi poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıklar ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, metastazları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüks ve komplikasyonları (insizyonel herni, adezyolizis, nüksler, implantların çıkartılması vb. giderleri) ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklar
2. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi tüm konjenital (doğuştan gelen) hastalık ve sakatlıklar ve/veya yapı bozuklukları organ eksiklikleri, deformateler, Motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozuklukları,

Uygulama İstisnası: *"Akbebek" olarak kabul edilen bebekler ile Sigortacı'da 5 (beş) tam yıl sigortalılık süresini doldurmuş ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı almış olan Sigortalı'ların tanısının, bu sigortalılık süresinden sonra konulması şartıyla doğuştan gelen hastalıkları ile ilgili tüm giderleri teminat kapsamında değerlendirilir.*

Bu kapsama girmeyen diğer Sigortalı'larda ise; doğuştan gelen hastalıklarının sadece ilk tanısının konulduğu muayene gideri teminat kapsamında değerlendirilir. Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na başvurulmuş olsa dahi öncelikle Sigortalı tarafından ödenir. Sigortalı tarafından ödenen sağlık giderlerine ilişkin tüm belgeler, Sigortacı'ya ulaştıktan sonra, işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile poliçede belirtilen teminat ve limitleri dahilinde Sigortacı tarafından ödenir.

3. Genetik hastalıklar, genetik kusurlar ve genetik incelemeler,
4. Genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar, genital siğiller, kondiloma aküminata, HPV enfeksiyonları, genital ve anal molluscum contagiosum, sifilis, gonore,
5. HIV virüsü enfeksiyonları, AIDS,
6. 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, demans hastalığı, nöropsikiyatrik testler, psikososyal bozukluklar (gece işemeleri gibi) ile ilgili giderler, ses ve konuşma terapileri,
7. Alkol zehirlenmesi, alkolizm, alkol kullanımı sonucu doğan rahatsızlıklar ve kazalar, eroin, morfin veya benzeri uyuşturucuların kullanılması ve bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen Sigortalı'nın hastalık, kaza ve yaralanmaları, yoksunluk sendromu sonucu oluşabilecek her türlü giderler,
8. Dağcılık paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama sporları, uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları ve bunlarla sınırlı olmayan diğer tehlikeli faaliyetler ile ilgili her türlü gider, profesyonel sporlar ile profesyonel sporcu lisansına sahip kişilerde her türlü müsabaka ve/veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin her türlü sağlık gideri,
9. Sigortalı'nın ehliyetsiz araç kullanımı sonucu olan kazalarının gerektirdiği tedavi masrafları,
10. Tanımlamalar kısmında belirtilen endikasyon dışı işlemler ve gereksiz hastane tedavisi işlemleri.
11. Uyku apnesi ve horlama ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler, uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey vb.
12. Belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmadan yapılan işlemler, poliçe kapsamında check-up teminatı olmadığı durumlarda check-up giderleri,
13. Ailevi risk faktörleri nedeniyle oluşacak her türlü gider, karaciğer enzim değerlerinin normal değerleri üzerinde olmadığı durumlarda yapılan Hepatit tetkiki giderleri,
14. Yurtdışı teminatı seçilmediği durumlarda yurtdışında gerçekleşen her türlü sağlık gideri,
15. Poliçe geçerlilik süresinde trafik kazası sonrasında oluşmadığı sürece diş, diş eti ile ilgili tüm giderler, çene eklemi, ağız çene cerrahisi, çene kemiği ile ilgili yapılan tüm muayene, ilaç giderleri ve tüm işlemler. (Trafik kazasının trafik zaptı ile belgelendirilmesi zorunludur)
16. Tıbbi ve yardımcı tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli, (robotik cerrahi için robot kullanımı-kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler, her türlü protez tamiri,
17. Organ ve kan naklinde vericinin masrafları, organ ücreti ve organın ulaştırılması masrafları,
18. 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),
19. Yüzeysel varis tedavisi, kimyasal blokaj,
20. Estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar, kozmetik ve estetik tedaviler, mezoterapi, anti-aging merkezlerinde yapılan tüm işlemler, ksantelezma, göz kapağı ve çevresi estetiği ile ilgili her türlü gider. Estetik ve güzellik merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri, jinekomasti ile ilgili her türlü gider, her türlü meme küçültme ve büyütme ameliyatı ile ilgili gider, nazal valv girişimleri ile ilgili

giderler,

21. Saç dökülmesi ile ilgili tetkik, tedavi ve ilaç giderleri, telenjektazi, hiperhidrozis (aşırı terleme) cilt hemanjiyomlarına yönelik tedaviler,
22. Doktor nezaretinde yapılmış olsa dahi kaplıca, termal, otel ve benzeri tesislerde yapılan her türlü kür, rehabilitasyon, fizik tedavi giderleri,
23. Obezite (ilaç, diyetisyen ve yağ kitle ölçüm testleri dahil), kilo kontrol bozuklukları tedavisi (şişmanlık veya zayıflık), her türlü mide küçültme ameliyatları, anoreksiya, masaj, diyet, jimnastik salonları, zayıflama merkezleri vb. konularla ilgili giderler ve gıda intoleransı tetkikleri,
24. Karyopraktik tedaviler ve PRP işlemi,
25. Alternatif tıp merkezlerinde yapılan muayene ve tüm tedavi giderleri (Akupunktur, homeopati, hidroterapi, jakuzi, hipnoz, ayurveda vb.), hastalığın tanı ve tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli ve yabancı otoriteler (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), tıp fakülteleri, ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı, uzmanlık dernekleri vb.) tarafından kabul görmüş olmayan, tıbbi cemiyet veya otoritelerin yapılacak işlemin deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem için bir başka kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen veya herhangi bir rahatsızlık olmadan araştırma, kontrol (check-up) amacıyla yapılan her türlü işleme ait tüm giderler,
26. Gözdeki kırma kusuruna yönelik her türlü cerrahi tedavi, keratokonus, şaşılık, görme tembelliği,
27. İşitme kusuru tedavisi ve cerrahisi (kronik otit sekeli, kulak zarı onarımı hariç).
28. 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), AMH (antimüllerian hormon tetkiki) vb.), histerosalpingografi (HSG),
29. Cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ilgili tüm tetkik ve tedaviler,
30. Erken doğan bebeklerde erken doğum nedeniyle oluşan ve prematürite ile ilgili tüm giderler,
31. Poliçe ekinde verilen teminat tablosunda ilgili teminatın yer almaması durumunda hamilelik ve doğum ile ilgili tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
32. Alerjiye yönelik testler ve aşılannmalar (solunum fonksiyon testi, IgE ve serumda total eozinofili testleri hariç),
33. Herhangi bir sebep/kaza sonucu (trafik kazası hariç) oluşsa dahi nazal septum deviasyonu ve konka hipertrofisi,
Uygulama İstisnası: Sigortacı'da Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı elde etmiş olan ve ilk sigortalanma tarihinden itibaren beş (5) tam yıl sigortalılık süresini tamamlamış kişilerde tanının, Aksigorta'da sigortalanma tarihinden sonra konulması şartı ile Septum Deviasyonu ve Konka Hipertrofisi kapsam dahilinde değerlendirilir.
34. Tetanos, kuduz ve 0-6 yaş grubu koruyucu ve çocukluk aşıları ile yılda bir kez grip aşısı haricindeki tüm aşılar ve diğer koruyucu hekimlik uygulamaları,
35. Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner CT Anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi), sanal anjiyo, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
36. Her türlü çocuk maması, çocuk bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili sarf malzemeleri, tıbbi gereği olsa dahi sünnetle ilgili tüm masraflar,
37. 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 amaçlı ürünler, T.C Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar ve gıda takviyesi ve her türlü ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki ekstresi ve distilat vb. içeren ürünler, gözlük, cam, çerçeve, kontak lens giderleri.

38. Skolyoz, Kifoz, Halluks Valgus,

Uygulama İstisnası: Sigortacı'da Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı elde etmiş olan ve ilk sigortalanma tarihinden itibaren beş (5) tam yıl sigortalılık süresini tamamlamış kişilerde tanının, Aksigorta'da sigortalanma tarihinden sonra konulması şartı ile Halluks Valgus kapsam dahilinde değerlendirilir.

39. 0-7 yaş arasındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fitk işlemleri ile ilgili giderleri,
Uygulama İstisnası: "Akbebek" olarak kabul edilen bebeklerde doğuştan gelen hastalıklar ile ilgili

40. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina ile ilgili giderler,

41. Sigortalı ile akrabalık bağı olan hekimler tarafından düzenlenen faturalar,

42. Kordon kanı ve kök hücre alınması, saklanması ile ilgili giderler,

43. Sigortalı'nın vefatı halinde cenaze işlemleri ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.), Sigortalı'nın hastalık ve/veya rahatsızlık sonucu çalışamaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,

44. Sigortacı tarafından onaylanmış Evde Bakım Teminatı dışındaki, Sigortalı'nın bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası,

45. Sigortacı tarafından teminat kapsamında değerlendirilerek, kabul edilen ambulans hariç her türlü ulaşım gideri,

46. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi, spor öncesi vb. nedenler ile alınan sağlık kurulu raporu için yapılan giderler,

47. AKSİGORTA A.Ş.'ye ait www.aksigorta.com.tr adresli web sayfasında "Online İşlemler" adımı altında bulunan 'Teminat Dışı Kalan Kurumlar Listesi' 'nde yer alan kurumlara ve doktorlara ait her türlü gider.

Sigortacı, teknolojik gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini hayati öneme sahip olup olmaması ve alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasına bağlı olarak kapsama alıp, almamaya yönelik "Teminat Dışı Kalan Haller ve İstisnai Durumlar" başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan Sigortalı'lar dahil olmak üzere, her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Bu sigorta sözleşmesi ile verilen teminatlar Yurtdışı Tedavi Teminatı hariç, Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.) sınırları içinde geçerlidir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Sigorta Ettiren'in seçtiği plana esas olmak üzere, sözleşmenin kapsamı;

a. Sigorta Sözleşmesinin şartları, teminat dışı kalan haller, bekleme süreleri ile poliçe ekinde verilen

teminat tablosu,

- b. Bütün teminat ve hizmet düzeylerinde uygulanabilen özel şartlar ve (varsa) özel istisnalar, Limit, katılım payı ve/veya muafiyetleri dikkate alınarak belirlenir. Sigortalı'nın kabul edilebilir tazminat taleplerinin, bu Sigorta Sözleşmesi süresi içerisinde gerçekleşmiş olması gerekir.

Sigortacı, sigorta poliçesi ve/veya sözleşmesinde Sigortalı'ya verilen teminatların kapsamını, her hizmet ya da teminat düzeyinde tazminatın temelini, limitleri, Sigortacı'nın tazminat katılım payını, asgari muafiyeti, özel istisnaları ve uygulanabilecek bütün özel şartları, sağlık hizmet çeşitlerini, anlaşmalı kuruluşları ve coğrafi bölgeleri belirtir.

Poliçede ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilen 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. TAZMİNAT ÖDEMESİ

8.1 Anlaşmalı Sağlık Kurumları

Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda yapılacak sağlık giderleri için, poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilen limit, katılım payı ve muafiyet doğrultusunda, Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme kapsamında, doğrudan Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağına dair provizyon verilir.

Provizyon sırasında verilen ön onay, Sigortacı'nın onay konusu teşhis ve tedavi işleminin yapılması sonrasında buna ilişkin sağlık giderlerini yeniden değerlendirmesine engel değildir. Sigortacı, bu değerlendirme neticesinde alınan sağlık giderinin ödenmesine veya ödenmemesine karar verir.

Yapılacak değerlendirme sonucunda ön onaya konu işlem ve sağlık giderinin teminat kapsamı içerisinde olmadığı neticesine varılırsa ve nihai onay verilmezse, tedavi giderleri Sigortalı/ Sigorta Ettiren tarafından karşılanır. Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi sonucunda ödeme kararı verilmesi halinde ise nihai karar doğrultusunda Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na doğrudan ödemeyi gerçekleştirir.

Sigortalı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda Sigortalı olduğunu belirtmek, T.C. kimlik numarasının yazılı olduğu resimli kimlik belgesini ibraz etmek ve teminat tablosunda belirtilen katılım payı, muafiyet tutarı ve limit üzerinde kalan tutarı ödemekle yükümlüdür.

Sigorta Ettiren/Sigortalı, hastalık ve tedavi hakkında Sigortacı'yı yeteri kadar aydınlatmak ve yanıltıcı bilgi vermekten kaçınmak zorundadır. Eksik veya yanlış bilgi sonucu Sigortacı tarafından anlaşmalı kuruluşa muvafakat verilmiş ya da tazminat ödenmiş olsa dahi, gerek tedavi sırasında ve gerekse yapılan tedavinin 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 Sigortalı'dan tahsil etme hakkına sahiptir. Yıllık limitli teminatlarda, limit aşımına rağmen Anlaşmalı Kurumlardan hizmet alınması sonucunda Anlaşmalı Kurumlara ödenmek zorunda kalınan giderler Sigorta Ettiren/Sigortalı'dan tahsil edilir.

8.2 Anlaşmasız Sağlık Kurumları

Anlaşmasız Sağlık Kurumu olarak tanımlanan kişi ve kurumlarda gerçekleşen sağlık giderleri olması halinde, sağlık giderleri öncelikle Sigortalı tarafından ödenir.

Sigortalı tarafından ödenen sağlık giderlerine ilişkin tüm belgeler, Sigortacı'ya ulaştıktan sonra, işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile teminat tablosuna göre Sigortacı tarafından değerlendirme yapılır.

Sigortalı'nın Anlaşmasız Sağlık Kurumu'na başvuru nedeni, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen acil bir durum ise, ilgili sağlık giderleri Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda geçerli olan limit, Sigortalı katılım payı ve muafiyet oranında değerlendirilir.

Sigortalı'nın T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ve devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen tüm işlemlerine ait yapmış olduğu sağlık giderlerinin karşılanması ise Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda geçerli olan limit, Sigortalı katılım payı ve muafiyet oranında yapılacaktır.

AKSİGORTA A.Ş.'ye ait www.aksigorta.com.tr adresli web sayfasında "Online İşlemler" adımı altında bulunan 'Teminat Dışı Kalan Kurumlar Listesi' 'nde yer alan kurumlara ve doktorlara ait her türlü gider kapsam dışıdır.

8.3 Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi

Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen ya da anlaşmalı kurum olsa bile öncelikle Sigortalı'nın ödediği sağlık giderlerinin Sigortalı'ya geri ödenebilmesi için aşağıdaki evrakların Sigortacı'ya ulaştırılması gerekmektedir.

Yatarak Tedavilerde ve ameliyat ile ilgili sağlık giderlerinde;

- Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kurumu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- Tüm sağlık giderlerinin fatura asılları ve (işlem bazlı) ayrıntılı fatura dökümleri,
- Ameliyat raporu ve/veya epikriz raporu,
- Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- Sinüzit ameliyatlarından önce Sigortalı'ya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,
- Laparoskopik ya da artroskopik yöntemlerle yapılan ameliyatlarda ameliyat CD'si,
- Her türlü adli olayda (trafik kazası dahil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),
- Yurtdışında yapılan tedavilere ait doktor raporları ve yapılan tetkiklere ait sonuçların Türkçe tercümeleri (İngilizce dışındaki dillerde olan belgeler için), Sigortalı'nın sağlık giderinin tarihlerde yurtdışında olduğuna dair belge (pasaport ön yüzü ve o tarihleri içeren pasaport giriş çıkış sayfa örneği, fatura aslı ve / veya ödemenin yapıldığına dair belgenin aslı, Son alacak/ borç (balance) durumunu gösteren belge (itemized bill), bu dökümden ödeme tutarları, indirim tutarları gibi kalemler yer almalıdır.
- Trafik kazası sonucu meydana gelen dış rahatsızlıklarına ait tedavi giderlerinin ödenebilmesi için, trafik kazası tespit tutanağı ve dışların hasar gördüğüne dair doktor raporu ile olay tarihinde çekilmiş dış grafilerinin, fatura ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.

Ayakta Tedavi işlemleri ile ilgili sağlık giderlerinde;

- a) Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kurumu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- b) Tüm sağlık giderlerinin fatura asılları ve (işlem bazlı) ayrıntılı fatura dökümleri
- c) Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- d) İlaç giderlerinde, reçetenin aslı, ilaç kupürleri ya da ilaç takip sistemi çıktısı ve eczaneden alınan kasa fişi veya fatura,
- e) Fizik tedavi giderlerinde, varsa tedavi gerekliliğini gösteren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.) ve ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü),
- f) Her türlü adli olayda (trafik kazası dahil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),
- g) Yurtdışında yapılan tetkik ve tedavilere ait doktor raporları ve yapılan tetkiklere ait sonuçların Türkçe tercüme (İngilizce dışındaki dillerde olan belgeler için). Sigortalının sağlık giderinin gerçekleştiği tarihlerde yurtdışında olduğuna dair belge (pasaport ön yüzü ve o tarihleri içeren pasaport giriş çıkış sayfa örneği, fatura aslı ve / veya ödemenin yapıldığına dair belgenin aslı, Son alacak/ borç (balance) durumunu gösteren belge (itemized bill), bu dökümden ödeme tutarları, indirim tutarları gibi kalemler yer almalıdır.

Hamilelik ve Doğum ile ilgili sağlık giderlerinde;

- a) Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kurumu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- b) Tüm sağlık giderlerinin fatura asılları ve (işlem bazlı) ayrıntılı fatura dökümleri,
- c) Son Adet Tarihi'nin de belirtildiği doktor muayene raporu,
- d) Ameliyat raporu ve/veya epikriz raporu,
- e) Doğum Raporu, Tazminat talebinin değerlendirilebilmesi için, Sigortacı tarafından gerekli görülmesi durumunda, Sigortalı'dan ek bilgi ve belge talep edilebilir. Sigortacı, sağlık giderlerine ilişkin daha fazla araştırma yapmak, Sigortalı'nın tedavisini gerçekleştirecek olan doktor, sağlık kurumu ve diğer kişilerden tanı ve/veya tedavi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, referans doktora Sigortalı'yı muayene ettirme hakkına sahiptir.

Tazminat talepleri, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde, teminat tablosu doğrultusunda, sunulmuş olan bilgi ve belgeler dikkate alınarak değerlendirilir. Sağlık giderlerine konu olan tetkik ve tedavilerin bir doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına tıbbi gereklilik olduğunu göstermez. Olası uyuşmazlıklarda Sigortacı'nın Referans Doktor görüşü esas alınır.

Tazminata konu olan sağlık giderinin limit üstü, katılım payı ve/veya muafiyet tutarı olarak değerlendirilen bölümü için Sigortalı'ya ödeme yapılmaz. Ancak, sağlık gideri olarak gönderilen toplam fatura tutarından, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları dikkate alınarak, varsa kapsam dışı giderler çıkarıldıktan sonra onaylanan toplam tutar, kabul edilebilir sağlık gideri olarak değerlendirilir, varsa ilgili teminat limitinden düşülür.

Anlaşmalı Sağlık Kurumunda, Sigortalı'nın provizyon almayı tercih etmesi durumunda Sigortalı'nın; Aksigorta sigortalısı olduğunu belirtmesi ve Aksigorta ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasındaki anlaşma koşulları çerçevesinde fatura alması gerekmektedir. Sigortalı'nın Aksigorta Sigortalısı olduğunu belirtmemesi nedeniyle yaptığı ödeme tutarının anlaşmalı fiyatlar üzerinde olması halinde aradaki fark Sigortalı payı olacaktır. Anlaşmalı fiyatlar dışında kalan tutar ile ilgili sorumluluk Sigortacı'ya ait olacaktır.

Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında yapılan giderlerde tazminat ödemeleri, sigortaya başvuru aşamasında doldurulmuş başvuru formunda bildirilen banka hesabına, tazminat değerlendirmesi için gerekli tüm bilgi ve belgelerin Sigortacı'ya ulaştığı tarihten itibaren en geç 10 (on) iş günü içinde yapılacaktır. Bu hesabın artık kullanılmaması veya tazminat ödemesinin başka bir hesap numarasına yapılmasının istenmesi halinde, yeni hesap numarasının, Sigortacı'ya yazılı olarak bildirilmesi gerekmektedir.

Sigortacı'nın işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki haklarını kullanabilmesi bakımından, tazminat değerlendirmesi sonucunda ödeme veya ödememe kararını verdiği tarih esas olacaktır.

Sigortalı'nın oluşan sağlık giderine üçüncü şahısların neden olması halinde Sigortacı, Sigortalı'nın yerine geçerek ödediği tazminat tutarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

9. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE SÖZLEŞMEDE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ VERİLMESİ

9.1 Sözleşmenin Yenilenmesi

Yenileme, Sigorta Ettiren'in, mevcut sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden, en geç otuz (30) gün içerisinde yeniden sözleşme yaptırmak için Sigortacı'ya başvurması ve Sigortacı'nın yapacağı değerlendirme sonucunda Sigortacı'yla Sigorta Ettiren'in yeni sigorta sözleşmesinin koşullarında mutabık kalmasıyla, sigorta süresinin bitiş tarihinden itibaren mutabık kalınan yeni koşullarda kesintisiz olarak devam ettirilmesidir.

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

Sigortacı, yenileme döneminde yapacağı değerlendirme sonucunda sigorta sözleşmesini hiç yenilemeyebileceği gibi, sözleşmeyi yenilerken Sigortalı'nın mevcut rahatsızlıkları ve/veya hastalıkları için ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak yenileyebilir. Sigortalı'dan sağlık bildirimini ve ek tetkikler isteyebilir. Gerekli gördüğü hallerde Sigortalı'yı doktor muayenesine tabi tutabilir, teminatlarda kısıtlamaya gidebilir, sigorta özel şartlarında ve prim tarifesinde değişiklik yapabilir, tazminat kullanımı nedeniyle Tazminat /Prim oranına göre ek prim isteyebilir. Sigortacı'nın, sigortalıların süregelen rahatsızlıkları için ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulaması, taraflarca aksi kararlaştırılmadığı takdirde poliçe yenilendiğinde de devam eder. Sigortalı'nın sözleşmenin yenilenmesi sırasında 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun 1435. ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6. maddesinde düzenlenen beyan yükümlülüğüne uyması şarttır.

Yenilenen sigorta sözleşmesi, kural olarak biten sigorta sözleşmesi ile aynı teminat yapısına sahip aynı sigorta ürünü olmalıdır.

Sigorta Ettiren / Sigortalı, yenileme sırasında sigorta ürünü, anlaşmalı sağlık kurum ağı ve teminat değişikliği talebinde bulunabilir.

Bu durumda Sigortacı, yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu değişiklik talebi ile ilgili olarak yeni sağlık beyan ve başvuru formu isteme, başvuruyu reddetme, standart şartlarla kabul etme ya da ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak kabul etme hakkına sahiptir. Sigortacı'nın bu talebi kabul etmesi halinde eklenen yeni teminatlarda, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı ve standart bekleme süreleri için yeni kayıt tarihi esas alınır. Yenileme sırasında sigorta ürününü değiştirmesi, anlaşmalı sağlık kurum ağını ve teminat kapsamını genişletmesi durumunda, değiştirilen sigorta ürünü, yeni eklenen teminatlar ve tercih edilen anlaşmalı sağlık kurum ağı, yapılan değişiklik tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

Sigortalı'nın, yenileme sırasında sahip olduğu teminat kapsamını daraltmak amacıyla başvuruda bulunması ya da Sigortacı tarafından Sigorta Sözleşmesi kapsamındaki teminatların, artık verilemediği için Sigortalı'nın daha dar kapsamlı bir plana geçmesi halinde, Sigortalı'dan sigortalanabileceği konusunda herhangi beyan istenmeksizin, Sigorta Sözleşmesinin geçerli kayıt tarihi korunarak ve tüm kazanılmış hakları aktararak sigorta poliçesi yeni plana göre tanzim edilir

Sigortalı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkına sahip olmaması halinde 75 yaşına kadar ve birer yıllık sürelerle Sigortacı'nın risk değerlendirmesi yaparak yenileme yapıp yapmayacağına karar verme hakkı saklıdır.

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilen beyan ve ihbar yükümlülüğünün yanı sıra Sigortacı, alınan sağlık beyan ve başvuru formuna ek olarak sigorta kapsamını ilgilendiren bütün konularda doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma, gerektiğinde Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBM)'den bilgi alma ya da SBM'ye bilgi verme hakkına sahiptir.

9.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG)

Sigortacı, aşağıdaki hüküm ve şartlara göre, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı verebilir.

Sigortacı, Sigortalı'nın sigorta primini düzenli ödeyerek sigorta sözleşmelerini Sigortacı'da düzenli olarak yenilemesi ve Sigortacı'nın, ilgili sigorta ürün grubuna ait risk kabul uygulamaları ve poliçenin yenileme tarihinde geçerli özel şart hüküm ve koşulları doğrultusunda yapılan risk değerlendirmesi sonucunda, sigorta sözleşmesinin belirlenen şartlarla ve düzenli prim ödemesi yapıldığı sürece yeniden risk değerlendirmesi yapılmaksızın yenilenmesi hakkını vermeyi kabul, beyan ve taahhüt eder.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı; Sigortalı'nın işbu hakkı almasından sonra, Sağlık Sigortası Genel Şartları 6,7 ve ilgili diğer maddelerinde belirtilen durumlar dışında, Sigortacı tarafından bu kişinin değişen sağlık koşullarına göre risk değerlendirmesi yapmaması ve ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb) uygulamamasıdır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı alındıktan sonra, Sigortalı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı için risklerinin değerlendirildiği döneme veya öncesine ait Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda veya sigorta ürünü, anlaşmalı sağlık kurum ağı ve teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını yeniden değerlendirir. Sigortacı, Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 ve ilgili maddeleri uyarınca işlem yapabilir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı, Sigortalı'nın, Sigortacı'da kesintisiz üç yıl sigortalı kaldığı ve bu süre içerisinde "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesine uygun davrandığı durumlarda, Risk Değerlendirme Birim tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre verilebilir. Ancak, Sigortacı'nın değerlendirme sonucuna göre, Sigortalı'ya bu hakkı vermeme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.)

verme hakkı saklıdır.

Sigortacı tarafından Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı değerlendirilmesi, kesintisiz üç yıl sigortalılık süresi dolduktan sonraki ilk yenileme döneminde yapılır.

İşbu madde anlamında kesintisiz sigortalılık süresi, aynı sigorta sözleşmesinde mevcut tüm Sigortalı bireyler bakımından da ayrı ayrı aranılacaktır. Sigortacı'nın kayıt tarihinde belirlediği ve Sigorta Ettiren'in kabul ettiği her türlü ek prim yüzdesinin, her yeni sigorta sözleşmesinin başlangıç tarihinde yürürlükte olan standart tarife temel alınarak uygulanacağı kararlaştırılmış ve kabul edilmiştir. Sigortacı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını verdiği Sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, her poliçenin yenilediği 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; Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı alan Sigortalılar için de geçerli olacaktır.

Sigortacı tarafından Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı verilirken belirlenen ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, katılım payı, bekleme süresi vb.), Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı verildikten sonra devam eden yenileme dönemlerinde değiştirilemez.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kişiye özel bir hak olup, bu hakkı kazanmış Sigortalıya aittir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkına sahip olunması halinde dahi yenilemelerde, yukarıda 9.1. maddesindeki hüküm ve şartlara göre hareket edilmelidir.

Sigorta sözleşmesi kapsamında teminat altına alınan sağlık giderleri için, sağlık kurumlarında yatış süresi, yaşam boyu 720 gün, bir (1) yıllık sigorta süresi için ise 180 gündür. Normal oda yatışları 1 (bir) gün, yoğun bakım yatışları ise 2 (iki) gün üzerinden hesaplanarak, toplam sağlık kurumunda yatış süresinden düşülür. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanmış olan sigortalılarda yaşam boyu gün limiti (720 gün) uygulanmaz.

10. PRİM TESPİTİ

İlk defa sigortalanacak kişilerin prim tespitinde, ürün tarife fiyatı baz alınır. Aynı planda kalmak suretiyle poliçesinin yenilenmesine karar verilen kişi için yenileme primi, aynı yaş ve cinsiyetteki ilk defa sigortalanacak sağlıklı bir Sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının beş (5) katını geçemez.

10.1 Primin Tespitine İlişkin Kriterler

İş bu sözleşme kapsamındaki poliçe primi tespitinde; Sigortalı'ların yaş ve cinsiyeti, kronik / kritik hastalıkları gibi sağlık riskleri, poliçe kapsamındaki teminat ve teminat limit tutarı, teminat şekli, anlaşmalı kurum, Sigortalı katılım payı yüzdesi, muafiyet tutarı, teminatın kullanım frekansı, tazminat/prim oranları, coğrafi bölge ve medikal enflasyon gibi hususlar dikkate alınmaktadır.

10.2 Tarife Primi

Bilimsel kabul görmüş ya da şirketin tecrübe edilen aktüeryal metodolojileri baz alınarak geçmişin, bugünün ve geleceğin frekans, şiddet ve benzeri etkileri gözetilerek hesaplanan baz primdir.

10.3 Poliçe Primi:

Tarife primleri baz alınarak, "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış ek prim ve/veya indirimlerin (dönemsel indirimler hariç) uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen primi ifade eder.

10.4 Toplam Poliçe Primi:

Poliçe primleri baz alınarak "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış tüm dönemsel indirimlerin uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen ödenecek primi ifade eder.

10.5 Prime İlişkin Düzenlemeler

10.5.1 Tazminat / Prim (T/P) Oranına Bağlı İndirim / Ek Prim Uygulaması

Sigortacı'da sona eren sözleşmenin yenileme dönemi sırasında; sona eren poliçenin ve yenilenecek poliçenin sadece yatarak tedavi veya yatarak ve ayakta tedavi teminatlarını içeriyor olması şartı ile poliçedeki her bir Sigortalı için son yılın Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yeni yıl primlerinde aşağıda belirlenen koşul ve oranlarda indirim ve/veya ek prim uygulanabilir.

- 40 (Kırk) yaş ve üstü yaşlardaki kadın sigortalılarda kontrol amaçlı çekilen mamografi ve meme ultrasonografi masrafları ile, 40 (Kırk) yaş ve üstü yaşlardaki erkek sigortalılarda kontrol amaçlı olarak yapılan PSA tetkik masrafları için ödenen tazminatlar, Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının hesaplamasında dikkate alınmaz.
- Hamilelik ve Doğum Teminatı içeren planlarda, T/P oranına bağlı indirim ve/veya ek prim uygulanmaz.

Yatarak ve Ayakta Tedavi Teminatı İçeren Poliçeler için: Tazminat/Prim İndirimi / Ek Primi

T/P aralığı		İndirim / Ek Prim Oran
0% ≤	≤ 10%	-40%
10% <	≤ 25%	-25%
25% <	≤ 50%	-10%
50% <	≤ 100%	0%
100% <	≤ 120%	10%
120% <	≤ 150%	20%
150% <	≤ 175%	30%

175% <	≤ 200%	40%
200% <		50%

Yatarak Tedavi Teminatlı Poliçeler için:

Sadece Yatarak tedavi Teminatı bulunan poliçelerde;

- Birinci yılın sonunda T/P Oranı 0% ise, %10
- İkinci ve üstü yıllarda T/P oranı 0% ise, %20 indirim uygulanır.

Uygulama İstisnası: Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı olan sigortalılar T/P ye bağlı ek prim uygulamasından muaftır.

Poliçe yenilendikten veya yenileme teklifi alındıktan sonra, bir önceki poliçe dönemine ait yapılacak tazminat ödemelerinin Sigortalı'nın tazminat / prim oranını değiştirmesi ve yenilenen poliçenin primini arttırması durumunda, Sigortacı oluşacak fark primini, Sigorta Ettiren'den zeyilname ile talep eder veya tahakkuk ettirilecek fark prim tutarını tazminat tutarından düşer.

10.5.2 Risk Ek Primi

Tarife priminden bağımsız olarak, Sigortalı adayının bireysel sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda sigorta güvencesinin sağlanabilmesi için ödenmesi gereken ek primi ifade eder. Bu ek prim, aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bir Sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının üç (3) katını geçemez.

10.5.3 Geçiş İndirimi

Sigortalı'nın bir önceki sigorta şirketinde sona eren sözleşmenin ve Sigortacı ile yapacağı sözleşmenin yatarak ve ayakta tedavi teminatlarını içeriyor olması şartı ile; sözleşme kapsamındaki her bir Sigortalı için son yılın Ödenen Tazminat/ Poliçe Primi (T/P) oranı dikkate alınarak aşağıda belirtilen oranlarda geçiş indirimi verilmektedir.

SON YIL T/P ORANI	İNDİRİM ORANI
%0-%25	%20
%26-%45	%15
%46-%60	%10

10.5.4 Ödeme Planı İndirimi

Poliçe priminin Sigortacı tarafından, belirli kurallar veya kampanyalar çerçevesinde belirlenen vadelerde ödenmesi durumunda uygulanacak indirimi ifade eder.

10.5.5 Aile İndirimi

Anne, baba ve 24 yaşına kadar olan çocukların aynı poliçe kapsamında sigortalanması halinde, kişi sayısı dikkate alınarak uygulanan indirimi ifade eder.

10.5.6 Diğer İndirimler ve Ek Primler

Sigortacı tarafından, dönemsel olarak düzenlenecek olan kampanyalar kapsamında ve benzeri durumlarda, bu özel şartlarda tanımlanan indirim ve ek primler dışında yapılan her türlü indirimi ve ek primi ifade eder.

11. SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI

Bu sigorta ile, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden, 0 - 65 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilmektedir.

0- 18 yaş aralığındaki kişiler, Sigorta Ettiren'in 18 yaş üstü olması kaydıyla tek başına sigortalanabileceklerdir.

Aynı poliçe kapsamında, aile tanımına uyan anne, baba ve tam gün üniversitede okuyan ve serbest ya da ücretli olarak çalışmayan 25 yaşından küçük çocuklar sigortalanabilir.

11.1 Yeni Giriş İşlemleri

11.1.1 Başvurular, Beyan ve İhbar Yükümlülüğü

Sigorta Sözleşmesi için yapılacak her türlü başvurunun yazılı ve imzalı olması şarttır. Sigorta Ettiren/Sigortalı adaylarının ilk ve sonradan yapacakları bütün başvuruların, Sigortacı tarafından oluşturulan sağlık beyan ve başvuru formları ile yapılması, sigortalanacak kişilerle ilgili beyan kısımlarının eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerekir.

Sigortacı, sigorta sözleşmesinin kurulması aşamasında Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren'in ilk başvurusunda sağlık beyan ve başvuru formunda beyan ettiği tüm bilgileri, sigorta sözleşmesinin yenilenmesi aşamasında ise Sigortalı'nın yıl içindeki tazminatlarını ve sağlık durumunu esas alarak değerlendirme yapar.

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. Sigortacı gerekli gördüğü hallerde ek beyan, bilgi ve belge talep edebilir. Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın sağlık beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse ve/veya beyan yükümlülüğünün yerine getirilmemesi durumunda, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun 1435. (ve devamındaki maddeler) ve Sağlık Sigortası Genel Şartları 6.maddesi hükümleri uygulanır. Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca Sigortacı'ya tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, ilgili durumun tespit edildiği tarih itibarıyla Sigortacı, Sigortalı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı olsa dahi, sigorta sözleşmesi şartları yeniden düzenleyerek ek şart (muafiyet, ek prim, limit vb.) uygulama, sözleşmeyi yapmama veya yapmış ise cayma hakkına sahiptir. Bu durumda riziko gerçekleşmiş ise Sigortalı'ya tazminat ödenmez. Sigortacı prime hak kazanır.

Sigortacı'nın ilk ve daha sonraki başvuruları reddetme, standart şartlarda kabul etme ya da ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak 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 Ettiren'in seçtiği ve

Sigortacı'nın 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, aksi belirtilmediği takdirde, her yeni Sigorta Sözleşmesinin başlangıç tarihinde yeniden geçerli olacaktır.

11.1.2 Yeni Giriş İşlemleri

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 koşullarına göre değerlendirir. Başvurular, Beyan ve İhbar Yükümlülüğü maddesinde tanımlanan hususlara ve risk kabul koşullarına göre değerlendirilir.

Yürürlükte olan sözleşmeye, yıl içerisinde yeni sigortalı girişi yapılması ancak aşağıdaki durumlarda Sigortacı'ya başvuru yapılması halinde mümkündür.

- Evlenme nedeniyle eşin dâhil edilmesi,
- Doğum nedeniyle yeni doğan bebeğin dâhil edilmesi,
- Evlat edinilmesi nedeniyle çocuğun dahil edilmesi,

Yapılan başvurular, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde değerlendirilecek ve kabul edilmesi halinde, poliçeye giriş tarihleri olarak başvuru tarihi esas alınacaktır.

Poliçeye eklenecek kişilerin (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) primleri, yıllık prim üzerinden gün esasına göre hesaplanarak alınacaktır.

11.1.3 Yeni Doğan Bebeklerin Poliçeye Girişi

Sigortalı annenin doğum esnasında yürürlükte poliçesi bulunuyor olması kaydıyla bebek doğum tarihinden itibaren 60 gün içerisinde hastane taburculuk sonrası sağlık beyan ve başvuru formu doldurularak taburculuk epikriz raporu ile Sigortacı'ya bildirilmesi ve yapılacak olan risk değerlendirmesi sonucu poliçeye eklenerek, belirlenen primin ödenmesi kaydıyla "Ak Bebek" olarak doğum tarihi itibarıyla kabul edilebilecektir. Bu bebekler için poliçe özel şartlarında yer alan bekleme süreleri uygulanmayacak ve poliçeye giriş tarihi itibari ile Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı verilebilecektir. Ak bebek tanımı yapılmış ve ÖBYG hakkı verilmiş bu bebeklerin, doğuştan gelen hastalık ve sakatlıkları teminat kapsamında olacaktır. Annenin doğum için hastaneye yatışından bebeğin taburcu oluşuna kadar gerçekleşen, bebeğe ait tüm sağlık giderleri ilgili teminatı mevcut ise Teminat Tablosunda belirtilen Yeni Doğan Bebek Teminatı üst limiti ile ödenir.

Yeni doğan bebeğin doğum giderleri, Sigortacı tarafından ödenmiş dahi olsa, her ne sebeple olursa olsun bebek doğum tarihi itibari ile iki ay içinde sağlık beyan ve başvuru formu doldurularak Sigortacı'ya bildirilmemiş ve bu süre içinde prim ödemesinin yapılmaması durumunda, poliçeye eklenmesi talep edilen bebekler "AkBebek" olarak kabul edilmeyecek olup, yeni doğan bebek için tüm sağlık riskleri göz önüne alınarak risk değerlendirmesi yapılacaktır. Yapılan değerlendirme sonucunda yeni doğan bebek, başvurunun tarafımıza ulaştığı tarih itibari ile Poliçe Özel Şartları'nda belirtilen bekleme süreleri ve istisnalar doğrultusunda sigortalanacaktır. Bu çocukların doğuştan gelen hastalıkları teminat kapsamı

dışında kalacak olup, bu çocuklar için ilk yıl sigortalılık şartları (bekleme süreleri) geçerli olacaktır.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçişler

Diğer sigorta şirketlerinde herhangi bir Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, diğer sigorta şirketinden ayrılarak, Sigortacı'dan sağlık sigortası almak istediği durumlarda, sigortalı olduğu önceki şirketinden kazanılmış haklarını gösteren belgelerin Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir.

Diğer sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihini takip eden ilk otuz (30) gün içerisinde Sigortacı'ya Başvuru, Beyan ve Bilgilendirme Formu doldurarak başvurması gerekmektedir. Risk Değerlendirme Birimi tarafından yapılacak değerlendirme sonucunda uygun görülmesi, Sigortacı ile Sigorta Ettiren'in yeni sigorta sözleşmesinin koşullarında mutabık kalması durumunda ve kişilerin 30 gün içinde sigortalanması şartı ile kazanılmış hakları korunabilecektir.

- İş bu Özel Şartların 9.2. maddesindeki Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı, önceki sigorta şirketinde kazanılmış olsa dahi, geçiş yapma talebinde bulunan Sigortalı adayı için Risk Değerlendirme Birimi tarafından yapılacak medikal ve teknik değerlendirme sonucuna göre korunabilecektir. Önceki sigorta şirketinde teminat kapsamında olan, ancak Sigortacı'nın tercih edilen sigorta ürününde bulunmayan teminat ve hizmetler kapsam dışında kalacaktır. Geçiş sırasında Sigortalı adayının hamilelik durumu olsun ya da olmasın Doğum Teminatı ile Hamilelik ve Rutin Kontroller Teminatları için Poliçe Özel Şartları'nda belirtilen bekleme süreleri her durumda 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 tazminat /prim oranları, hastalık riskleri ve ilk kayıt tarihi bilgileri çerçevesinde risk değerlendirmesi yapılarak poliçe kabul koşulları belirlenir.

13. SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1 Sigorta Süresi

Sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu dönemi ifade eder. Sigortanın süresi, 1 yıldır ve poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında yürürlükte kalır. Poliçe üzerinde belirtilen başlangıç tarihinde saat 12.00'de başlar ve poliçe üzerinde belirtilen bitiş tarihinde, saat 12.00'de sona erer.

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 Sigortalı'nın sigorta sözleşmesi teminatlarından çıkarılması halinde iptal, çıkartılma veya ürün-plan değişikliği tarihinden sonraki hastane tedavilerinin masrafları hiçbir koşul aranmaksızın karşılanmaz.

13.2 Sigortacı Sorumluluğunun Başlaması

Sigorta teminatları, başvurunun Sigortacı tarafından onaylanması ve poliçe priminin tamamının veya taksitli ödenmesi kararlaştırıldı ise ilk taksitinin ödenmesi ile yürürlüğe girer.

13.3 Sözleşme İptalleri ve Poliçeden Çıkış İşlemleri

Kötü Niyet Sonucu İptal

Sigorta'lı veya Sigorta Ettiren'in kötü niyetli hareketlerinin ve eksik beyanının saptanması durumunda, Sigortacı teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini faiz ve masrafları ile birlikte geri alma ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.

Primin Ödenmemesi Sonucu İptal

Sigortalı ettiren, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin 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 Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır.

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.

Sigortalı'nın/Sigorta Ettiren'in poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde kanuni sebepler dışında iptal talebinde bulunması halinde ise, rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak Sigortalı'ya 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 poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçen süreye bağlı olarak Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarı iş bu özel şartlarda belirtilen koşullarda hesaplanacaktır. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, iptal nedeniyle Sigorta Ettiren/Sigortalı'ya iade edilecek tutar, Sigortacı'nın hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır;

Ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, ödenen primden hak kazanılan prim tutarı düşülerek Sigorta Ettiren'e iade edilir. Ödenen tazminatlar, Sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak ödenen primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek Sigorta Ettiren'e iade edilir. Ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın sözleşmede öngörülen toplam prim tutarını aşmıyorsa, prim iadesi yapılmaz. Sigortalı, henüz ödemediği toplam prim bakiyesini ödemekle yükümlüdür. Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir.

Vefat Durumu

Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren'in Sigortalı olarak poliçede yer almadığı durumda kanuni vârislerin vereceği muvafakatname ile Sigorta Ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilir. Poliçenin devam ettirilmesi talebi ve Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin bu konuda onayının olmaması halinde Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye

karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek, fazlası Sigorta Ettiren'in yasal vârislerine iade edilir. Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse, vadesi gelmemiş prim taksitlerinin Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

Sigortalı'nın 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 Sigortalı'nın dışında başka birey yoksa poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren ile Sigortalı'nın aynı kişi olmaları ve poliçede başka bireylerin (eş, çocuk) bulunması durumunda, Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın vefatı halinde, poliçede yer alan diğer sigortalılar sigortalılığa devam etmek istiyorlarsa, mevcut poliçe iptal edilerek vefat eden bireye ait Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek, fazlası Sigorta Ettiren'in 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 Sigortacı'nın 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 Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası Sigorta Ettiren'e iade edilir, poliçe devam eder. Rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir. Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası Sigorta Ettiren'e iade edilir. Rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

Vefat eden Sigortalı'ya ait ödenmemiş sağlık giderleri varsa ödenebilmesi için veraset ve vergiye ilişkin evrakların, Sigortalı'nın kanuni vârisleri tarafından Sigortacı'ya iletilmesi gerekir.

14. KİŞİSEL VERİLEN İŞLENMESİ, AKTARILMASI VE İLGİLİ KİŞİNİN HAKLARI İLE İLGİLİ BİLGİLENDİRME

Sigortalı/Sigorta Ettiren sıfatı ile düzenlenmesini talep edeceğiniz sağlık sigortası teklifleri ile ilgili olarak risk ölçümü yapılabilmesi, tazminat taleplerinin değerlendirilebilmesi, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile sigorta işlemleri kapsamındaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve tarafınıza özel fırsatların geliştirilebilmesi için sağlık verileriniz de dahil olmak üzere kişisel verileriniz işlenecektir. Bu kapsamda gerek iletteceğiniz, gerekse de ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve kamu kurum ve kuruluşları, özel ve resmi sağlık kurumları, eczaneler, laboratuvarlar, hekim ve diğer ilgili üçüncü kişiler/kurumlardan hakkınızda bilgi ve belge temin edilmesi gerekebilecektir. Tüm bu veriler, Sigortacı tarafından aşağıda açıklandığı çerçevede elde edilecek, kaydedilebilecek, muhafaza edilebilecek, açıklanabilecek, mevzuatın izin verdiği durumlarda üçüncü kişilere aktarılabilir veya diğer şekillerde işlenebilecektir.

Kişisel verilerinizin ilgili sigorta tekliflerinin/poliçelerinin yürürlük tarihi süresince ve mevzuatta öngörülen saklama süreleri boyunca yazılı veya elektronik ortamda muhafaza edilebilecektir. Irkı, etnik köken, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep veya diğer inançlar, kılık ve kıyafet, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayat, ceza mahkumiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileriniz ile biyometrik ve genetik verilerinizin özel nitelikli kişisel veri olduğunu, sağlık verilerinizi de içeren kişisel verilerinizin, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yönetilmesi konusunda görev yapan sigorta şirketlerince açık rıza aranmaksızın işlenebilecektir.

Kişisel verileriniz yukarıda belirtilen amaçlarla, denetleyici ve düzenleyici makamlar ve ilgili kamu kuruluşları ile; Şirket'in sigortaya aracılık eden dağıtım kanalı, hissedarları, doğrudan / dolaylı yurtiçi / yurtdışı iştirakleri, reasürörleri, hizmet alınan, işbirliği yapılan kişi ve kuruluşlar ile destek hizmeti sağlayıcıları, brokerler, diğer sigorta şirketlerine ve sigorta sözleşmesini yaptıran Sigorta Ettiren / Sigorta Ettiren yetkilisine aktarılabilir ve bunlarla paylaşılabilir.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca, kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenme, işlenmişse bilgi talep etme, işlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, yurt içinde / yurtdışında aktarıldığı üçüncü kişileri bilme, eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda sayılan istisnai haller saklı kalmak üzere Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 7'nci maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini / yok edilmesini isteme, aktarıldığı üçüncü kişilere yukarıda sayılan işlemlerin bildirilmesini isteme, münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme, kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına, Sigortacı'nın mevzuattan ve bu formdan doğan hakları saklı kalmak üzere, sahip olduğunuzu belirtmek isteriz. Sigortacı'nın makul olmayacak düzeyde yinelenen, orantısız düzeyde teknik çaba gerektiren, başkalarının gizliliğini tehlikeye atan veya başka şekilde aşırı derecede zor olan istekleri reddetme hakkı saklıdır.

15. YASALARDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

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

16. PARA BİRİMİ

Sigorta şirketine ya da Sigorta Ettiren'e yapılacak tüm ödemelerde Türk lirası kullanılacaktır.

17. EKLER

Anlaşmalı Kuruluşlara, aşağıdaki linkten ulaşılabilir.

www.aksigorta.com.tr

Acil Hizmet Servisi: Tel: 444 27 27