

ELİT(YABANCILAR İÇİN)SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

| ELİT (YABANCILAR İÇİN) SAĞLIK SİGORTASI TEMİNAT TABLOSU | | | | | | |
|---|--------------------|------------------------|--------------------------|--------------------|------------------------|--------------------------|
| TEMİNATLAR | ANLAŞMALI KURUM | | | ANLAŞMASIZ KURUM | | |
| AYAKTA TEDAVİ | Uygulama | Sigortalı Katılım Payı | Teminat Limitleri Toplam | Uygulama | Sigortalı Katılım Payı | Teminat Limitleri Toplam |
| Doktor | Yıllık | 20% | 5.000 TL | Yıllık | 40% | 5.000 TL |
| İlaç | Yıllık | | | | | |
| Görüntüleme | Yıllık | | | | | |
| Tahlil | Yıllık | | | | | |
| Modern Teşhis | Yıllık | | | | | |
| Fizik Tedavi | Yıllık (10 Seans) | | | | | |
| Yardımcı Tıbbi Malzeme | Yıllık | | | Yıllık | | |
| Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans (KARA) | Vak'a Başı | 100% | 200 TL | Vak'a Başı | 100% | 200 TL |
| YATARAK TEDAVİ | Uygulama | Sigortalı Katılım Payı | Teminat Limitleri Toplam | Uygulama | Sigortalı Katılım Payı | Teminat Limitleri Toplam |
| Ameliyat | Yıllık | 0% | Limitsiz | Yıllık | 20% | 50.000 TL |
| Hastanede Tedavi | Yıllık (180 Gün) | 0% | Limitsiz | Yıllık | | |
| Oda Yemek Refakat | Yıllık (180 Gün) | 0% | Limitsiz | Yıllık (180 Gün) | | |
| Yoğun Bakım | Yıllık (45 Gün) | 0% | Limitsiz | Yıllık (45 Gün) | | |
| Suni Uzuv (Yapay Uzuv) | Yıllık | 0% | 5.000 TL | Yıllık | 20% | 2.500 TL |
| Kemoterapi - Radyoterapi - Dializ | Yıllık | 0% | 10.000 TL | Yıllık | 20% | 5.000 TL |
| Küçük Müdahale | Yıllık | 0% | 10.000 TL | Yıllık | 20% | 5.000 TL |
| Rehabilitasyon | Yıllık | 0% | 5.000 TL | Yıllık | 20% | 2.500 TL |
| Trafik Kazası Sonucu Dış Teminatı | Yıllık | 20% | 1.000 TL | Yıllık | 20% | 500 TL |
| Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi | Yıllık (20 Seans) | 0% | 1.000 TL | Yıllık (20 Seans) | 20% | 500 TL |
| Evde Bakım | Yıllık (45 Gün) | 20% | 1.000 TL | Yıllık (45 Gün) | 20% | 500 TL |

SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bu sigorta ile, SOMPO Sigorta A.Ş. (sigortacı) ; sigorta süresi içinde, sigortalının ve / veya poliçede belirtilmiş olmaları kaydıyla sigorta ettiren / hastalık ve / veya kaza halinde bu ürüne özel anlaşmalı sağlık kurumlarında gerçekleşen tanı ve tedavilerine ait sağlık harcamalarının; sigortalının tabi olduğu poliçede belirtilen , Sağlık Sigortası Genel Şartları, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliğine ve bu özel şartlara göre , sağlık kurumları uygulama ilkelerine uygun hazırlanan teminat tablosundan poliçede belirtilen teminat, limit, ödeme yüzdesi ve istisnalara tabi olarak karşılar.

İşbu poliçe 16.06.2021 tarih ve 2021/8 sayılı Vize ve İkamet İzni Taleplerinde Yaptırılacak Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Genelge' de belirlenen asgari teminat yapısını kapsamaktadır.

SİGORTANIN SÜRESİ

Sigorta süresi bir yıldır ve sigorta sözleşmesi, poliçede belirtilen başlangıç tarihinde Türkiye saati ile öğlen 12.00'da yürürlüğe girer, poliçede belirtilen bitiş tarihinde öğlen 12.00'da sona erer. Sigortacının sorumluluğu, sigortacı tarafından başvurunun kabul edilip düzenlenen poliçenin teslimini müteakip, poliçe priminin tamamının veya peşinatının sigorta ettiren/sigortalı tarafından ödenmesi ile başlar.

TANIMLAR

3.1.Anlaşmalı Kuruluş

Bu ürüne özel anlaşmalı sağlık kurumu; KIRMIZI PLAN NETWORK anlaşmalı olan ve bu anlaşma gereği sigortalıların, sigorta süresi içerisinde, sigortacıdan teminat, limit ve ödeme yüzdesi dâhilinde provizyon alarak hizmet alabildikleri hastane, poliklinik, tanı merkezleri, laboratuvar ile bu kurumlar bünyesinde hizmet veren ve sigortacının yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul eden kadrolu doktorlar, gerçek kişi ve/veya kurum ve/veya kuruluşları ifade eder.

3.2.Bekleme Süresi

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

3.3.Beyan Yükümlülüğü

Sigorta ettirenin, sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında, sigortalı adaylarının mevcut tüm rahatsızlıklarını veya rizikonun takdirine etkili olacak hususları, eksiksiz ve yazılı bildirmesi gerekliliğini ifade eder.

3.4.Bilgilendirme Formu

Gerek sigorta sözleşmesinin görüşülmesi gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin devamı sırasında ortaya çıkabilecek ve işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen sigortacı tarafından verilen bilgileri içeren ve sigorta ettiren tarafından imzalanması gereken formu ifade eder.

3.5.Doktor

Hastalığının teşhis ve tedavisi amacıyla kendisine başvuran hastanın her türlü teşhis ve tedavisi için lisansı olan Tıp Fakültesini bitirmiş ehliyetli kişidir.

3.6.Katılım Payı

Sigortacının sorumlu olmadığı ve sigorta sözleşmesi/poliçe ve eklerinde yer alan teminat, limit ve yüzdeleri gösteren teminat tablosuna göre belirlenen sigortalı tarafından üstlenilmesi/ödenmesi gereken tazminat tutarını ifade eder.

3.7.Kaza

Sigortalının doğal oluşan şartlardan veya herhangi bir hastalıktan kaynaklanmayan, ani ve dışarıdan gelen bir olay nedeniyle iradesi dışında meydana gelen olaylarla karşılaşmasını ifade eder.

3.8.Önceden Mevcut Hastalık

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

3.9.Poliçe

Sompo Sigorta A.Ş. tarafından düzenlenen özel sağlık sigortası sözleşmesidir.

3.10.Sigorta Şirketi / Sigortacı

Bu sigorta sözleşmesinin düzenlendiği ülkede, ülkenin kanunları gereğince tescil edilip işletme ruhsatı almak kaydıyla, sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında, sigortalıya ya da tazminattan yararlanacağı belirtilmiş kişiye, rizikonun gerçekleşmesi halinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumu ifade eder.

3.11.Sağlık Sigortası Genel Şartları

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından yayımlanan ve tüm sigorta şirketleri tarafından aynı şekilde uygulanan genel işlem koşullarını ifade eder.

3.12.Sigorta Ettiren

Bu sigorta sözleşmesi için sigortacıyla sözleşmeyi kuran, bu sigorta sözleşmesinin kapsamı dahilinde prim ödeme sorumluluğunu üzerine almış gerçek ya da tüzel kişiyi ifade eder.

3.13.Sigortalı / Sigortalılar

Sağlık giderleri bu sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan, risk gerçekleştiğinde tazminat bedelini talep hakkı bulunan ve Türkiye’de ikamet eden poliçede ismi yazılı kişi ya da kişileri ifade eder.

3.14.Tarife/ Prim

Sigortacının hem toplam ve hem de ilgili sigorta sözleşmesi kapsamında yapmış olduğu hasar ödemeleri ile tarifelerin hazırlanması, sigorta sözleşmelerinin düzenlenmesi, tarife primlerinin tahsil edilmesi, personel ve ilgili diğer giderler, sigorta aracılara aracılık faaliyetleri dolayısıyla ödenen miktarlar veya sigortacı tarafından yapılan istihsal harcamaları, anlaşmalı kurum sağlık harcamaları, sağlık enflasyonu ve piyasa şartlarını da dikkate alarak aktüeryal prensipler doğrultusunda her dönem; yaş, cinsiyet, ikamet ettiği il için sigortacı tarafından belirlenecek primi ifade eder.

3.15.Tazminat

Sigorta sözleşmesi kapsamında, sigorta süresinde risk ve tanı ve/veya tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi sonrasında, tıbbi gereklilik koşulunu sağlayan ve doktor tarafından yazılı olarak planlanan tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait giderlerden, fatura veya bunun yerine geçen (sayman mutemet alındısı, fiş vb.) sair belge asılları karşılığında sigortacı tarafından karşılanan tutarı ifade eder.

3.16.Teminat

Sompo Sigorta'nın Elit (Yabancılar için) Özel Sağlık Sigortası poliçesi özel şartları ve Özel Sağlık Sigortası Genel Şartları gereği sigortalıya verdiği taahhütleri ifade etmektedir.

3.17.T.T.B. Asgari Ücret Tarifesi

Türk Tabipler Birliği (T.T.B.)'nin sağlık hizmetlerinde uygulanması gereken en az ücretin belirlenmesine yönelik bir tarifedir. Bu tarifede her bir tıbbi işlem için "birim değer" belirlenmiştir. Herhangi bir tıbbi işlem için asgari ücret, bu birim değer ile T.T.B.'nin her il için ayrı olmak üzere genellikle yılda iki kez belirlediği genel katsayının çarpımı ile bulunur.

3.18.Zeyilname

Poliçenin düzenlenmesinden sonra ortaya çıkan ve sigortacının üstlendiği riskin, nitelik veya büyüklüğünü değiştiren herhangi bir durum nedeniyle poliçeye ek olarak düzenlenmiş ve aynı yasal yetkiye sahip yazılı belgeyi ifade eder.

3.19.Acil durum

Kapsam dışı olmayan ani bir hastalık, kaza veya yaralanma sonucu meydana gelen ve hastanenin acil servisinde 24 saat içinde müdahale edilmediği hallerde sigortalının hayatını tehlikeye sokan durumlardır.

SOMPO SİGORTA tarafından belirlenen "acil durum" aşağıdaki halleri içermektedir.

- 1.Akut batın,
- 2.Akut masif kanamalar,
- 3.Ani felçler,
- 4.Astım krizi ve akut solunum problemleri,
- 5.Donma, soğuk çarpması,
- 6.Elektrik çarpması,
- 7.Ciddi Göz yaralanmaları,
- 8.İsı çarpması,
- 9.Uzuv kopmaları,
- 10.Kalp krizi ve ritm bozuklukları, hipertansiyon (poliçe öncesine dayanan durumlar kapsam dışıdır)
- 11.Omurga ve alt-üst ekstremitte kırıkları

12. Kişinin yüksekten düşmesi veya kişinin üzerine bir cismin düşmesi (hayati tehlike oluşması halinde)
13. Şuur kaybına neden olan durumlar (Teminat dışı kalan haller sonucu oluşan şuur kayıpları hariç)
14. Tecavüz,
15. Trafik kazası,
16. Yanıklar (2. Derece ve üzeri),
17. Zehirlenmeler
18. 39,5 derece ve üstü ateş
19. Suda boğulma,
20. Delici ve/veya kesici alet yaralanmaları

3.21. Hizmet Sağlayıcı

Sağlık sigortası alanında Sigortacı'ya ve Sigortacı'nın sigortalılarına tarafsız kurum yönetimi hizmetlerini sunan şirketi ifade eder. 7 gün 24 saat provizyon ve danışmanlık hizmetini verir.

3.22. İki yıllık poliçeler

Poliçe 24 aylık süre ile düzenlenmiş olup, poliçe üzerinde yer alan teminat limitleri, 12 aylık dönemi kapsayacak şekilde belirtilmiştir.

Bu kapsamda,

- İlk 12 aylık poliçe döneminde poliçe üzerinde yazılı limitler geçerli olacaktır.
- İkinci 12 aylık poliçe döneminde de teminat limitleri, poliçe üzerinde yazılı tutarlar kadar yeniden aktif hale gelecektir.

24 aylık toplam teminat limitinin tamamı, 12 aylık vade içerisinde kullanılamaz. İlk 12 aylık poliçe döneminde, ikinci 12 aylık döneme ait teminat tutarları kullanılamaz. İkinci 12 aylık poliçe dönemi başladığında da, ilk 12 aylık dönem için geçerli olan teminat limitleri kullanılamaz.

SİGORTANIN TEMİNATLARI

4.1. Yatarak Tedavi Teminatı (ana teminat)

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

Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

Sigortalının anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,

Sigortalının anlaşmalı olan hastane ile Sompo Sigorta A.Ş.'nin sigortalının tedavi göreceği branş

adına Sompo Sigorta Elit (Yabancılar için) Sağlık Sigortası anlaşmasının olması,

Tedavi talep edilen rahatsızlığın Sompo Sigorta Elit (Yabancılar için) Sağlık Sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Yatış gün sayısı bir poliçe dönemi içerisinde en fazla 180 gündür.

Yatarak tedavi teminatı anlaşmasız kurumlarda 50.000 TL % 80 şirket katılımıdır.

4.1.a Ameliyat masrafları teminatı

Yatarak tedavilerde, sigortalının tedavisinin cerrahi bir müdahaleyi gerektirdiği hallerde (genel anestezi altında gerçekleştirilen ve/veya genel anestezi altında gerçekleştirilebilecekken lokal anestezi altında yatış olmadan yapılan T.T.B. Asgari Ücret Tarifesine göre 150 birim ve üzerindeki cerrahi tedaviler) Ameliyathaneye girişten ameliyathaneden çıkışa kadar yapılan her türlü masraf (oda, refakat hariç), (ameliyat, anestezi, asistan, sarf malzemeleri, poliçede yazılı limit uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır. Dış gebelik, Anjioplasti, koroner ve serebral anjiografi masrafları ile ameliyat esnasında takılan herhangi bir protez, teminattan karşılanır.

Aynı veya ayrı kesilerde yapılan ameliyatlarda Operatör, Narkozitör, Asistan ve Anestezi ücretleri TTB genel ilke ve esasları doğrultusunda, poliçe teminat ve limitleri oranında uygulanır.

Ayrıca, anlaşma dışı hastanelerde Ameliyathane açılış ücreti Operatör ücretinin % 30'u ile sınırlıdır. Tedavilerin birden fazla ameliyat gerektirdiği durumlarda tek ameliyat limiti dahilinde ödeme yapılır. Tek anestezi altında (aynı kesi ile) birden fazla ameliyatın yapılması ve bunların hepsinin sigorta teminat kapsamına girmemesi halinde operatör ücreti, kapsama giren ameliyat sayısına orantılı olarak ödenir.

Tek anestezi altında (ayrı veya aynı kesiyle) birden fazla ameliyatın yapılması durumunda TTB'nin yayınladığı genel ilkelerin 3. ve 4. Maddeleri geçerlidir.

Yanlış teşhis ve tedavi sonucunda yeniden yapılacak tedavilerden, buna neden olan kurum veya doktorlar sorumludur.

Hastaneden taburcu olduktan sonra meydana gelecek Ameliyat Masrafları teminatına konu olacak gereksinimler aynı hastalık için olsa dahi, ayrı bir ameliyat olayı sayılacaktır.

4.1.b.Hastane Tedavi teminatı

Sigortalının tedavisinin cerrahi müdahaleyi gerektirmediği ve/veya ameliyat öncesi ve sonrası durumlarda yatarak tedavi gördüğü sağlık kuruluşunda oluşan;

Doktor viziteleri, konsültasyonlar, ilaçlar,

Tahlil, röntgen gibi her türlü tetkikler,

Kan, kan plazması dahil olmak üzere tüm gerekli hizmet ve malzemeler, oksijen, serum, pansuman, enjeksiyon ve benzeri uygulamalar,

Trafik kazası sonrası acil diş tedavisi ile ilgili masraflar,

Hemşirelik hizmetleri, tıbbi amaçlı servis hizmetleri vb. hizmetler için oluşan masraflar

Poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler dahilinde karşılanır.

Hastaneden taburcu olduktan sonra meydana gelecek Hastane Tedavi Masrafları teminatına konu olacak gereksinimler aynı hastalık için olsa dahi, ayrı bir hastalık olayı sayılacaktır. Yatış gün sayısı bir poliçe dönemi içerisinde en fazla 180 gündür.

4.1.c. Oda –Yemek – Refakatçi masrafları teminatı

Sigortalının hastanede yatarak tedavisinin gerçekleşmesi halinde oluşan standart oda, yemek ve refakatçi masraflarını poliçede belirtilen günlük teminat limiti ve uygulaması dahilinde karşılanır.

Yatış gün sayısı bir poliçe dönemi içerisinde en fazla 180 gündür.

4.1.d.Yoğun Bakım Teminatı

Sigortalının hastanede yatarak tedavisinin gerçekleşmesi halinde oluşan yoğun bakım ünitesi masraflarını (yatak-yemek ücreti, yoğun bakımda demirbaş kullanılan aletlerin kullanım ücretleri;

monitorizasyon v.b. diğer makinelerin ücretleri, yoğun bakımda yapılan işlemler için gerekli sarf malzemeler; havalı yatak ile iv. pump ücretleri) günlük teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin eder.

Yoğun bakımda iken yapılan tetkik ve tedavi masrafları (laboratuar ve ilaç masrafları, yoğun bakıma özgü olmayan ücretler) yatarak tedavi teminatı/hastane tedavi teminatı kapsamında değerlendirilir.

Yoğun bakımda kalınan süre için yapılan refakatçi masrafları teminat kapsamında değildir.

Aynı veya değişik hastalıktan dolayı da olsa poliçe dönemi içerisinde sağlık kuruluşunda kalış süresi azami 45 gün ile sınırlıdır.

4.1.e. Radyoterapi, Kemoterapi, Diyaliz teminatı

Sigortalının ayakta ya da yatarak tedavilerde kemoterapi, radyoterapi ve diyalize yönelik olarak yapılan (tetkik, oda-yemek-refakatçi masrafları da dahil) her türlü masraf poliçede belirtilen limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır.

Bu teminatın limiti yıllıktır. Kemoterapi ve radyoterapi sonrasında hastalığın seyrini değerlendirmek için

yapılan muayene ve tetkiklere ait giderler ilgili teminatlardan ödenir, bu teminattan ödenmez.

4.1.f Küçük Müdahale Teminatı

Sigortalının ayakta tedavilerde pansuman, enjeksiyon, kulak yıkama, alçı uygulaması, oksijen verilmesi, apse drenajı, mide yıkama, serum takılması, endoskopik küçük cerrahi müdahaleler, endoskopik biyopsi, büyüklüğüne bakılmaksızın bir veya birden fazla her türlü ben ve siğil alımı (nevüs, verruca), lipom alımı, parasentez, koterizasyon, krioterapi, algoloji uygulamaları hastanede kullanılan monitör cihaz ücretleri, müşahede yatak ve benzeri müdahale masrafları ile TTB asgari ücret tarifesinde 150 birime kadar olan cerrahi müdahalelerin gerektirdiği masraflar poliçede yazılı limit, muafiyet ve uygulamalar dahilinde karşılanır. Müdahale ile ilgili muayene, tetkik ve ilaç masrafları yine bu teminattan karşılanır. Aynı seansta yapılan birden fazla müdahalenin birimleri toplamı 150 ve daha yukarıda olsa bile, eğer içlerinde tek başına birimi 150 ve daha yukarı olan bir müdahale yok ise, küçük müdahale teminatı kapsamında değerlendirilir.

4.1.g. Evde Bakım Teminatı

Sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi halinde, gerektiğinde sigortacının görevlendireceği ikinci bir doktor veya doktorların da onaylaması şartıyla, Sigortalının kendi evinde bir hemşirenin bakımı altına alınması halinde oluşan masraflarını poliçede belirtilen teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin eder. Sigortalının Evde Bakım Teminatından yararlanabilmesi için, trakeostomili, sık orotrakeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN / IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatöre bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları ve ağır protokolünün uygulanıyor olması gereklidir. Sigortalının, günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, inkontinans ya da immobilize olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, ağız yolu ile ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor olması, üriner kateterinin olması, evde yalnız yaşıyor ve sosyal desteğe gereksinimi olan kronik hastalığı olması Evde Bakım Teminatı kapsamına girmez. Sigortalının bakımını üstlenecek hemşirenin sağlık eğitimi veren resmi devlet okullarından veya yurt dışındaki muadili sağlık eğitim kurumlarından mezun olmuş olması ve sigortalıyla akrabalık ilişkisinin olmaması gerekmektedir. Seçilen planda "evde hemşire bakımı" teminatı var ise şirketimizin anlaşmalı bulunduğu kurumdan teminat tablosunda belirtilen limitler ve gün sayısı ile sınırlı olacak şekilde hastane tedavi teminatından karşılanır. Bu teminat sadece hemşirelik/doktor uygulamaları ve ilaçlar için geçerlidir

4.1.h Trafik Kazası Sonucu Diş Teminatı

Poliçenin geçerlilik süresi içerisinde meydana gelen bir trafik kazası sonucu oluşan durumlarda yalnızca trafik kazası sonucu meydana gelen durumun düzeltilmesine yönelik olan diş ile ilgili tedavilerin giderlerini, trafik kaza raporu ve adli rapor ile belgelenmesi halinde karşılanır. Tedavinin kazayı takip eden 90 gün içerisinde yaptırılması gerekir. Bu teminat yıllık 1000 TL ile sınırlı olup %20 sigortalı katılım payı bulunmaktadır.

4.1.ı Suni Uzuv ve Protez Teminatı

Sigortalının sigorta süresi içinde meydana gelebilecek herhangi bir kaza veya hastalık sonucu gerekli olacak suni uzuv ve rekonstrüktif protezler için yapılan harcamalar poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır.

Suni organ için yapılacak tıbbi ve cerrahi müdahaleler bu teminat kapsamı dışındadır. Bu teminata gözlük-cam-çerçeve, lens, diş protezleri, tekerlekli sandalye masrafları dahil değildir. Ameliyat esnasında kullanılan protezler bu teminattan değil ilgili diğer teminatlardan (yatarak -ayakta tedavi teminatı vb.) poliçede yazılı limit uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır.

Sigorta başlangıç tarihinde var olan maluliyetler için kullanılacak olan suni uzuvlar, var olan suni uzuvların yenilenmesi ve diş protezlerine ilişkin giderler poliçe kapsamı dışındadır.

4.1.i. Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans (KARA) Teminatı

Tıbbi Danışmanlık Acil olan veya olmayan her türlü sağlık problemi ile ilgili olarak sigortalıya karşılaştığı sağlık problemi konusunda bilgi verilir. Doktor, uzman doktor, hastane, teşhis merkezleri, eczane isimleri, adresleri ve telefon numaraları bildirilir. Karşılaşılan sağlık problemleri konusunda alınması gereken önlemler ile ilgili tavsiyede bulunulur ancak tanı konmaz, ilaç önerilmez. Tanımlar bölümünde acil durumlar adı altında belirlenmiş olan durumlarda Ambulans hattımızı arayarak ücretsiz danışmanlık hizmeti alınabilecek ve kara ambulansı hizmetinden yararlanabilecektir. Üçüncü şahıslardan alınacak bu hizmet sırasında meydana gelebilecek herhangi bir olumsuzluktan Sompo Sigorta sorumlu tutulmayacaktır. Anlaşmalı ambulans hizmetinin bulunamaması durumunda yerel kara ambulansı kullanılır. Bu tutar vak'a başı 200 TL ile sınırlıdır.

4.2. Ayakta Tedavi Teminatı (ana teminat)

Ayakta tedavi; Muayenehanelerde ya da Sağlık Kuruluşu'nda ayakta gerçekleştirilen doktor muayenesi, doktor tarafından gerekli bulunan reçeteli ilaç, sarf malzemeleri, teşhise yönelik laboratuvar testleri, tüm endoskopik uygulamalar, anjiyografiler (kardiyak ve serebral anjiyografiler hariç), MR anjio, radyografik incelemeler, nükleer tıp ve algoloji uygulamaları; büyüklüğüne bakılmaksızın bir veya birden fazla her türlü ben ve siğil (nevüs, verruca) alımı, TTB asgari ücret tarifesinde 150 birime kadar olan her türlü cerrahi müdahale ve diğer tedavi (serum, alçı, pansuman, apse drenajı vb.) masraflarını poliçede belirtilen teminat limiti ve uygulaması dahilinde karşılanır.

Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;
Sigortalının anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,

Sigortalının anlaşmalı olan hastane ile Sompo Sigorta A.Ş.'nin sigortalının tedavi göreceği branş adına Sompo Sigorta Elit (Yabancılar için) Sağlık Sigortası anlaşmasının olması, Tedavi talep edilen rahatsızlığın Sompo Sigorta Elit (Yabancılar için) Sağlık Sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Ayakta tedavi teminatı tek başına alınamaz.

Ayakta Tedavi teminatı poliçe dönemi içerisinde maksimum 5000 TL %80 şirket katılımını aşamaz.

4.2.a. Doktor Muayene Teminatı

Ayakta tedavilerde özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlara ve / veya sağlık kurumlarına ödenen muayene ücretleri, poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır. Teşhise yardımcı olmak amacıyla muayene esnasında doktorun bizzat yapmış olduğu teşhis yöntemlerine ilişkin giderler doktor muayene teminatı içerisinde değerlendirilir. İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak aynı doktorun 10.güne kadar yaptığı muayenelere ilişkin giderler teminat kapsamı dışındadır.

4.2.b. İlaç Teminatı

Ayakta tedavilerde, doktor tarafından muayene sonrası düzenlenen reçetede yazılı olan ve sadece T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan ilaç ruhsatı almış, farmasotik (ilaç niteliğindeki) ürünlere ait ilaç giderleri poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır.

4.2.c.Tahlil Teminatı

Ayakta tedavilerde, doktorun yazılı talebiyle laboratuvar tahlilleri için yapılan masraflar poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler dahilinde karşılanır.

4.2.d. Röntgen Teminatı

Ayakta tedavilerde, doktorun yazılı talebiyle yapılan TTB asgari ücret tarifesine göre 75 birim ve altındaki tüm tetkikler röntgen olarak nitelendirilerek poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır. (Basit direkt grafikler ,(ilaçsız), solunum fonksiyon testi, odimetri, timpanogram, görme alanı, doppler USG, EKG, eforlu EKG, EKO, EMG, EEG, USG vb.)

4.2.e. Modern Teşhis Teminatı

Ayakta tedavilerde, röntgen teminatında belirtilen yöntemler dışında yapılan her türlü tetkik, Tomografi, Sintigrafi, Skopiler, Ürografi, MR, Elektron Anjio, MR Anjio, Positron Emission Tomografi, Gated Spect OGS Yöntemi ve Vazodilatör Perfüzyon Tekniği için poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır.

4.2.f. Fizik Tedavi ve Rahabiliasyon Teminatı

Sigortalının sigorta yılı içinde ayakta / yatarak fizik tedavi görmesi suretiyle ve nörolojik hastalıklar, ağır travma, el-kol-bacak ampütasyonu ve her türlü cerrahi müdahale 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 (rahabiliasyon) ile ilgili tüm giderleri, tedavinin yatarak yapılması ve bu durumun Sigorta Şirketi tarafından kabul edilmesi koşuluyla oda, yemek ve refakatçi için yapılan masrafları da poliçede belirtilen limit, uygulama ve muafiyetleri dahilinde karşılar. Yoğun bakım haricinde yapılan rahabiliasyonlar fizik tedavi teminatı kapsamında değerlendirilir. Yıllık 10 seans ile sınırlıdır. Rahatsızlık şekline göre ayakta ya da yatarak tedavi kapsamında değerlendirilir. Akut hastalıklar dışında fizik tedavi masrafları sigorta başlangıç tarihi itibarıyla 12 ay sigorta kapsamı dışındadır.

4.2.g.Yardımcı Tıbbi Malzeme

Sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu sigortalıya uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi

amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel: atel(brace, aktif anke, bon spur ped), ortopedik tabanlık, walker, elastik bandaj, kol askısı, korse, varis çorabı, nebulizatör, işitme cihazı, boyunluk, dizlik, bileklik, oturma simidinden ibaret tıbbi malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Yukarıda sayılanların dışındaki yardımcı tıbbi malzemeler kapsam dışındadır.

5. BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda yazılı hastalıklar ve komplikasyonlarının teşhis ve tedavi (ayakta ve yatarak) harcamaları, rahatsızlığın ani ve kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren ayakta tedaviler için 6 ay, yatarak tedaviler için ise 9 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır. Sigortalının 59 yaşının üzerinde olması durumunda aşağıda sayılan hastalıklar teminat dışıdır. Poliçede yer alacak bekleme süresine tabi hastalıkların sigorta başlangıç tarihinden itibaren 6 ay içerisinde (bekleme süresinde) meydana gelmesi ve/veya teşhis edilmesi, ön tanı/ tanı konması durumunda söz konusu hastalıklar bekleme süresinde teminat dışı kabul edildiği gibi bundan sonra düzenlenecek tüm poliçelerinde de (poliçe belirtilsin / belirtilmesin) istisna sayılacak ve teminat dışı olarak kabul edilecektir.

5.1. Her türlü kitle (tümör, lipom, verrü, nevüs, polip, nodül vb.), kist (deri-deri altı, böbrek, vajinal vb.) ile ilgili sağlık harcamaları

5.2. Anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür, fistül, sfinkterotomi, pilonidal sinüs, perianal abse vb.),

5.3. Her türlü fıtık (göbek, kasık, mide, omurga), omurga ve intervertebral disk hastalıkları, eklem rahatsızlıkları (menisküs, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği, diz, kalça eklemi ve bağ rahatsızlıkları vb.), tünel sendromları, higroma, trigger finger ile ilgili sağlık harcamaları,

5.4. Rahim, rahim ağzı, over ve tuba (yumurtalık ve tüpler) hastalıklar, bartolin kisti ve absesi, endometriosis, inkontinans, sistorektosel ve kadın üreme organlarının deformasyonu sonucu gerçekleşecek her türlü sağlık harcamaları,

5.5. Böbrek, mesane, idrar yolu hastalıkları ve taşları, ESWL, diyaliz ile ilgili sağlık harcamaları, meme ve prostat hastalıkları (TUR dahil),

5.6. Sinüzit ve sinüs cerrahisi, bademcik, genizeti, konka hipertrofisi, işitme cerrahisi (timpanoplasti, kulağa tüp takılması, stapedektomi) ve, göz hastalıkları (glokom, retina hastalıkları vb.),

5.7. Tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları,

5.8. Karaciğer hastalıkları (Hepatit B ve C, siroz vb.), karaciğer biyopsisi, kist hidatik, pankreas ve kaza sonucu hariç dalak hastalıkları, safra kesesi, safra taşları ve safra kanalları rahatsızlıkları, mide ve yemek borusu, ince ve kalın bağırsak hastalıkları, GIS kanamaları, divertiküllere bağlı rahatsızlıklar,

5.9. Kalp ve damar sistemi hastalıkları (koroner by-pass, anjio, anjioplasti, anevrizma, kalp kapağı ve kalp pili, varis) beyin hastalıkları (kanamaları dâhil) ve felç ile ilgili sağlık giderleri,

5.10. Her türlü kronik hastalık (hipertansiyon, diabet, KOAH, astım), tüm romatolojik ve otoimmün hastalıklar (multipl skleroz, SLE, romatoid artrit vb.), inflamatuvar barsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn), epilepsi, sarkoidoz tanı ve tedavilerine yönelik girişimler, her türlü kanser tedavisi (kemoterapi, radyoterapi ve diğer giderler)

5.11. Sigortacı, Sigortalı/Sigorta ettirenin beyanını/belgeleri değerlendirerek poliçe ekine yazmak kaydı ile yukarıda belirtilen bu hastalıklara ait bekleme sürelerini uzatabileceği gibi, bunlar dışındaki hastalıklara da bekleme süresi koyabilir.

5.12. Akut hastalıklar dışında fizik tedavi ve rehabilitasyon masrafları, 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır.

5.13. Endoskopik işlemler ve girişimsel tanı yöntemleri ile ilgili tüm giderler.

5.14. Merkezi Sinir Sistemi hastalıklar ve akut yada kronik polinöropatiler ile ilgili teşhis yada tedavi giderleri

5.15. Her türlü kan hastalıkları

TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Őartlarının 2. ve 3. Maddesine ek olarak aşağıda yazılı haller ve komplikasyonları sigorta teminatı dışındadır;

6.1.Sigortalının poliÇe baŐlangıŐ tarihinden önce var olan Őikâyet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan hastalık, ameliyat ve/veya her türlü tedavilerin nüksetmesi ve komplikasyonları,

6.2.PoliÇede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri,

6.3. Sağlık Bakanlığı ruhsatı ve FDA onayı olmayan ilaÇlar, tetkikler için kullanılan kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri, yardımcı tıbbi malzemeler teminatında belirtilmiş olan malzemeler haricindeki giderler, koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, boyunluk, tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi ve her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderlerdir enjektör, itriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları; işitme cihazı, Őeker stripleri ve Őeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaÇlı ürün ve ilaÇlar vb.,

6.4.5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri,

6.5.Diş, diş eti, Őene kemiği, Őene eklemi ve ağız Őene cerrahisine yönelik her branŐta muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,

6.6.Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile ŐaŐılık ve görme tembelliği, gözlük camı, ŐerŐevesi, katarakt, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları ve bunlarla ilgili giderler,

6.7.YurtdıŐında gerŐekleŐen ilaÇ masrafları ve her türlü sağlık gideri, yurtdıŐından getirilecek olan her türlü ilaÇ,

6.8. Yol, gündelik iş görememe, gündelik bakım, rehabilitasyon, check up, ikinci refakatÇi ücretleri, lüks ve suit oda farkları ve özel harcamalar, Mahalli olarak lisanslı ambulans dışındaki nakliye masrafları,

6.9.Kısırlık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermioqram, adhezyolizis, suni dölllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.) tedavi amaÇlı olsa dahi her türlü sünnet (fimozis vb.) kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet deęiŐtirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri,

6.10.Aksine bir sözleşme yoksa , gebelikle ilgili her türlü gider (acil olsa dahi), doğum(acil olsa dahi) ve yeni doğan bebek masrafları,

6.11.Dünya Sağlık Örgütü veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklara (kolera, sıtma, kuŐ gribi, domuz gribi vb.) ait sağlık giderleri,

6.12.Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepŐesi, mide küŐültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejuno-ileostomi, barsak kısaltılması vb.) ,

6.13.Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küŐültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küŐültme vb.), estetik amaÇlı her türlü giriŐim, estetik amaÇlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler;

terleme tedavisi, jinekomasti; poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar,

6.14.Omurga şekil bozuklukları tedavisi ile ilgili giderler, Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR,septoplasti,nazal valv operasyonları) ile ameliyat ve girişimler,

6.15.Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar),

6.16.Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,

6.17.Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,

6.18.Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri için 10.000 TL üst limiti aşan giderler,

6.19.Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri, Her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık ve geriatric hastalıklar,

6.20.Karayolları Trafik Kanunu hükümlerinde bahsi geçen, gerekli sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları,

6.21.Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar,

6.22.Her türlü organ nakli giderleri,

6.23.Uyku Apnesi ile ilgili her türlü gider, Horlama ve uyku - apne sendromuna yol açan tüm rahatsızlıkların teşhis ve tedavileri,

6.24.Çocuk bakımı, her türlü çocuk maması, oral beslenme ürünleri, çocuk bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili sarf malzemeleri, termofor ve bunlarla sınırlı kalmamak üzere her türlü sıhhi malzemeler, battaniye, uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparat, meme ve penil protezler, koltuk değneği, tekerlekli sandalye ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortezler, vücut içi pompalar, insülin pompası, vücut içine enjekte edilen ve implante edilebilen tedavi amaçlı pompalar, uyku apnesi cihazı (CPAP ve uyku odası dahil) vb. tüm giderler,

6.25. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar, motor ve mental gelişim bozukluğu, genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen hamilelik takibi hariç), genetik/aile riski yüksek olan veya geçirilmiş kanser tanısı olanlar için koruyucu amaçlı yapılması planlanan cerrahiler/girişimler, büyüme ve gelişme bozuklukları, doğumsal ya da sonradan gelişmiş olsa bile; 7 yaş öncesi her türlü fitik, mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları, veziköüretal reflü, yeni doğan işitme testleri, el-bilek grafileri, kalça USG, inmemiş ve retraktıl testis, asendan testis, spermatosel, varikosel, hidrosel, kordon kisti, epididim kistleri, polikistik böbrek, vasküler lezyonlar, lenfanjiom, arteriovenöz malformasyonlar, pes planus, pes ekinovarus deformiteleri,

her türlü omurga eğrilikleri (her türlü kifoz, skolyoz, lordoz), yapısal bozukluklar (septum deviasyonu, nazal valv yetmezliği, hallux valgus, hallux varus, hallux rijitus) ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol harcamaları,

6.26. Deneysel veya araştırma amaçlı işlem/gereçler, belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla yapılan check-up, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi veya EBT veya BT Anjiyografi gibi muayene ve tetkik, aşı öncesi yapılan kontrol amaçlı test, ödenecek aşilar dışındaki her türlü koruyucu aşı ve ilaç giderleri, tıbbi sertifika ve sağlık raporu hazırlanması ile ilgili harcamalar,

6.27. Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tedavi veya her türlü cerrahi müdahaledeki hataları sonucunda doğan harcamalar,

6.28. Acil tıbbi durumlar dâhil, işbu ürüne özel anlaşmalı sağlık kurumlarında yapılan sağlık harcamalarında, işbu ürüne özel anlaşmalı kurum güncel listesi ve teminat tablosunda ilgili kurum tipi için belirtilen limit ve ödeme oranını aşan talepler.

6.29. Sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlardan alınan sağlık hizmeti giderleri,

6.30. Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (Hastaneye yatırıldıktan sonra ölmesi durumunda ortaya çıkan morg masrafları, cenaze nakli vb.),

6.31. Tarım ve Köyişleri Bakanlığında onaylı ve Sağlık Bakanlığı'ndan ithalat izni ile ithal edilen ve ilaç ruhsatı olmayan drog, vitamin ve gıda destek ürünleri,

6.32. Geriatrik ve psikiyatrik hastalıkların teşhis ve tedavi masrafları, Alzheimer hastalığı, Parkinson

6.33. Motosiklet kullanımı nedeniyle oluşacak kazalara ilişkin tedavi giderleri

6.34. Tehlikeli tarzdeki sportif faaliyetlere (Binicilik, sürücülük, dağcılık, tırmanma, kano, kayak, snow board ve kaya benzeri her türlü faaliyet, rafting, dalgıcılık, paraşütle atlama, gökyüzü kayağı, bungee jumping, sivil havacılık, deltaplan, planör, balon vb.) katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar,

6.35. Profesyonel veya amatör lisanslı sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar,

6.36. AIDS, HPV, ARCS ve HIV virüsüne bağlı tüm hastalıklar, kondilomlar ile zührevi hastalıklarının teşhis ve tedavi masrafları,

6.37. Bina yıkımı, patlayıcı madde nakliyesi, maden işçiliği, rıhtım inşaatı, dinamitleme, faaliyetleri sonucunda oluşan mesleki hastalıklar

(asbestozis, pnömokonyozis, cıva zehirlenmesi, silikozis, vb)

6.38. Tıbbi olmayan sebeplerle yapılan kürtaj masrafları, kısırlaştırma, (tüp ligasyonu, vazektomi v.b.), implant kontraseptifler, kısırlık tetkik ve

tedavisi (ovülasyon takibi, HSG, adhezyolizis, tuboplasti v.b.), düşük araştırması, iktidarsızlık (ereksiyon bozuklukları) ve/veya kısırlığın

giderilmesi için yapılan (tüp bebek, mikroenjeksiyon vb.) her türlü masraf, yalancı gebelik (psikolojik gebelik) ile ilgili giderler, menopozla ilgili tüm tedaviler, (pre-peri-post Menopoz, Osteoporoz vb.) ile ilgili her türlü masraf. Her türlü rahim içi araçlar.

6.39. Ototokleroz teşhis ve tedavisi,

6.40. Mevcut tedavi yöntemlerinin yerine uygulanan yaygınlaşmamış ve/veya tedavinin başarısını arttırdığı kanıtlanmamış yeni yöntemler ile

malzemelere ait giderler. Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemde özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri. Yeni biyomedikal mühendislik - genetik ve biyoteknolojik bazlı tedavi ve uygulamalarına ait giderler,

6.41. Sigortalının herhangi bir hastalığı olmadan tetkik ya da korunma amacıyla yaptırılan doktor muayene ve laboratuvar / röntgen vb. uygulamaları, ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalarla ilgili giderler, check-up'lar ile aşıların (grip, kuduz, tetanos ve 0-6 yaş arasındaki çocukların Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer alan rutin aşıları hariç) masrafları,

6.42. Saç dökülmesi ile ilgili şampuan, cilt kremi gibi kozmetik ürünler, saç ekilmesi uygulaması ve bunlara benzer ilaç ve tedaviler kapsam dışındadır,

6.43. Akne-sivilce,

6.44. Sigortalının kazaen yaralanması sonucu gereken müdahaleler dışındaki her türlü estetik ve plastik cerrahi müdahaleler; kozmetik amaçlı tedaviler, saç dökülmesi, alopesi, hirsutizm (kılınma) tetkik ve tedavileri vb; kontraseptif yöntemler, deri nemlendirici ve temizleyici preparatlar, tatlandırıcılar; şişmanlık tetkik ve tedavisi, şifa kürleri, çamur banyoları, karantina, akupunktur, masaj, mezoterapi, hidroterapi, manyetoterapi, ses ve konuşma terapileri vb; huzurevi, sanatoryum, kaplıcalar, jimnastik ve güzellik salonları, ayak bakım merkezleri ve poliçede belirtilen "Sağlık Kuruluşu" tanımına uymayan kuruluşlardan alınan faturalar; alternatif tıp tedavi masrafları, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler,

6.45. Her türlü alerjik hastalıklar ile ilgili tanı, tetik ve tedavi giderleri,

6.46. Sigortalının alkol ve uyuşturucu maddeler tesiri altında bulunmasından ileri gelen her türlü hastalık ve kazanın gerektirdiği teşhis ve tedavi masrafları, alkol ve uyuşturucu maddelerin kullanımına bağlı olarak gelişen her türlü hastalık ve komplikasyonlarına ait teşhis ve tedavi masrafları, sigara, alkol vb. her türlü madde bağımlılığını bırakma tedavisi masrafları, ehliyeti olmayan sigortalıların araç kullanırken kaza yapmaları sonucunda oluşan her türlü sağlık giderleri, kavgaya karışma, bilerek ve isteyerek kendine zarar verme sonucu oluşan tedaviler ile ilgili giderler vb.

6.47. Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım poliçe teminat kapsamı dışındadır.

6.48. Poliçede yer alan teminatlar TC vatandaşlığı bulunmayan sadece yabancı ülke vatandaşı kişiler için geçerlidir. Yabancı kimliği dışında TC vatandaşlığı bulunan çifte vatandaş statüsündeki kişiler poliçe kapsamında sigortalanamaz. Yapılacak olan poliçe beyan esaslı düzenlenecek olup, sigortalı sadece yabancı ülke vatandaşı olduğunu kabul ve beyan etmiş olacaktır. Herhangi bir nedenle sağlık harcaması yapılması durumunda sigortalının Yabancı ülke vatandaşlığı yanında T.C. vatandaşlığının da bulunduğu tespit edilirse poliçede yer alan teminatlar geçerli olmayacak ve sağlık harcamaları bu poliçe kapsamında ödenmeyecektir.

COĞRAFİ KAPSAM

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

TAZMİNAT ÖDEMESİ

Tazminat talebine konu olan hastalıkla ilgili gerekli ve yeterli belgenin hastane / hekim/sigortalı tarafından sigortacıya iletilmesi gerekmektedir. Hizmet alınan sağlık kuruluşunun Şirketimizle anlaşmasının olup olmadığına bağlı olarak Tazminat Ödeme sürecine aşağıda yer alan yöntemler uygulanır.

a-Anlaşmalı Sağlık kuruluşlarında sigortalılar sözleşmesine uygun olarak hizmetlerden sadece varsa kendi katılım uygulamasına düşen kısmı ödemek suretiyle yararlanırlar. Hizmetlerden yararlanmak için sigortalı poliçe numarasını ya da YKN/VKN numarasını ibraz edilmesi gereklidir. Aksi takdirde, sigortalı doğrudan ödeme uygulamasından faydalanamaz.

Sigortacının doğrudan ödeme işlemini yaptıktan sonra teşhis / tedaviye sebebiyet veren hastalığın teminat kapsamı dışında olduğunun belirlenmesi halinde, sağlık kuruluşuna ödenen tutar Sigortalı tarafından Sigortacıya nakden ve defaten geri ödenir.

Yatarak tedavilerde provizyon işleminin gerçekleşebilmesi için sigortalının acil durumlar dışında en az 48 saat önceden CGM (PROMED) Provizyon Merkezi'ni bilgilendirmesi, yatış sırasında yaşanan hastanede beklemeyi ortadan kaldıracaktır.

Sigortacı, sigorta süresi içerisinde anlaşmalı sağlık kuruluşunu değiştirebilir veya yeni bir anlaşmalı sağlık kuruluşu ekleyebilir.

b- Anlaşmasız Sağlık kuruluşlarında Sigortalılar bu kuruluşlarda yaptıkları harcamaların tamamını öder ve sigorta şirketinden talep eder. Sigortalı, tedavi masraflarının ilgili kuruluşa ödenmesini takiben, tedaviyi gerçekleştiren doktor ve kendisi tarafından tanzim edilip imzalanmış tazminat talep formu ve ekinde tazminat talebiyle ilgili fatura, kasa fişi, ilaç kupürü, reçete asılları ile yapılan tetkik (tahlil, röntgen vb.) sonuçlarının bir suretini, Tazminat ödemesi için başvuru süresi fatura tarihinden itibaren 45 günü geçmemelidir.

Anlaşmasız kurumlardan gelen her türlü yatarak ve ayakta tedavi işlemleri maximum TTB (Türk Tabipler Birliği) tarifesi kadar poliçede yazılı teminat limiti ve katılım payı oranında karşılanır.

Anlaşmasız kurumdan gelen oda-yemek-refakatçi ücreti iş bu poliçenin anlaşmalı kurumlarındaki emsal ücreti aşamaz.

Poliçe bitmişse bu süre 15 günle sınırlıdır, yenileme yapılmış ve gelen hasar tutarı yenilenen poliçenin primini etkiliyorsa ödeme yapılmaz. Sigortacı, tazminat tutarını sigortalı tarafından tazminat talebiyle bildirilen bir IBAN numarasına öder.

8.1.Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar

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

8.2.Anlaşmalı Kurum Uygulamaları

Sigortacı tarafından bir Sağlık Kurumunun, ürüne özel anlaşmalı sağlık kurumu olarak tayin edilmesi, , bu Sağlık Kurumu ile her ne şekilde olursa olsun irtibatı olan tüm doktorların ürüne özel anlaşmalı sağlık kurumu kapsamında kabul edilmesi anlamına gelmez. Sigortacı, kendi takdirinde olmak üzere herhangi bir zamanda sağlık kurumu ile ilişkili herhangi bir doktoru, ürüne özel anlaşmalı kurum kapsamı içine almak veya kapsam dışında tutabilmek hakkına sahiptir. Bir sağlık kurumunun, listede yer alması, hiçbir şekilde sigortacının anılan sağlık kurumu, doktor ve/veya yardımcı şahıslarının fiil ve hareketlerinden sorumlu olduğu ve/veya bunlar tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dâhil tüm hizmetlerin kalitesinin, sigortacı tarafından garanti edildiği anlamına gelmez.

Anlaşmalı kuruluşların isimleri Sompo Sigorta A.Ş.' ye ait www.somposigorta.com.tr adresli web sayfasında belirtilmektedir. İlgili listede değişiklik yapma hakkı Sigorta Şirketi'nde saklıdır.

SİGORTAYA KABUL VE RİSK DEĞERLENDİRME

9.1.Sigortaya Kabul

Sigortaya giriş yaşı 01-70 tir.

9.2.Yeni Giriş İşlemleri

Sigorta ettiren/sigortalı, teklifnamede ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun değerlendirmesine etkisi olacak hususları beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettiren/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun. ilgili maddesi ve Sağlık Sigortası Genel Şartları 6. maddesi hükümleri uygulanır.

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

Sigortacı, bu Sigorta Sözleşmesi metnini, teminat kapsamını ve primlerini, sigorta ettirenin seçtiği ve sigortacının bu Sigorta Sözleşmesi ile teminat altına aldığı plan ile ilgili standart sigorta sözleşmesi metnini ve teminat kapsamını güncelleştirme hakkını saklı tutar. Sigortacı tarafından sigorta özel şartlarında yapılan bu değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olacaktır. Bunun gibi ilk ve daha sonra yenilenen Sigorta Sözleşmelerinde yürürlüğe konan bütün özel şartlar, aksi belirtilmediği takdirde, her yeni Sigorta Sözleşmesinin başlangıç tarihinde yeniden geçerli olacaktır.

9.5.Geçiş İşlemleri Ve Kazanılmış Haklar

İş bu üründe geçiş kabul edilmemektedir. Sigortalı'nın işbu Elit (Yabancılar için) Sağlık Sigortası poliçesinden önce sahip olduğu bir sağlık sigortası poliçesi ile var olan kazanılmış hakları bu poliçe için geçerli olmayacaktır. Bu üründen mevcuttaki başka bir sağlık sigortası ürününe geçiş yapıldığında işbu poliçedeki sigortalılık süresi hakların korunması için (bekleme süresi, mevcut haklar vb.) geçerli olmayacaktır. 2 yıllık ve uzun vadeli poliçelerde, ilk yılı Sompo Sigorta'da poliçesi olmayan sigortalıların, ilk yılını ve sonraki dönemlerini bir başka sigorta şirketinde geçirmiş olsalar dahi kazanılmış hak ve geçişleri kabul edilmeyecektir.

SİGORTANIN YENİLENMESİ

Yenileme, Sigorta ettirenin, mevcut sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden itibaren, en geç 15 gün içerisinde yeniden sözleşme yaptırmak için sigortacıya başvurması ve sigortacıyla sigorta ettirenin yeni sigorta sözleşmesinin koşullarında mutabık kalmasıyla, sigorta süresinin bitiş tarihinden itibaren mutabık kalınan yeni koşullarda kesintisiz olarak devam ettirilmesidir.

Yeniden sözleşme yapma başvurusunun yenileme tanımında belirlenen şartlarda yapılmaması halinde kayıt tarihi için yeni başvuru tarihi esas alınır.

Sigortacı, sözleşmeyi yenilerken muafiyet ve/veya ek prim, limit, katılım payı uygulayabilir, sigortalıdan sağlık bildirim ve ek tetkikler isteyebilir, gerekli gördüğü hallerde sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutabilir, teminatlarda kısıtlamaya gidebilir, sigorta özel şartlarında ve prim tarifesinde değişiklik yapabilir, kullanım nedeniyle ek prim isteyebilir. Sigortacı; yapılacak yenileme risk değerlendirmesi sonucuna göre sigorta ettiren ve /veya sigortalıya ait poliçenin yenileme/yenilememe hakkına sahiptir.

Sigortacının, sigortalıların süregelen rahatsızlıkları için muafiyet uygulaması, taraflarca aksi kararlaştırılmadığı takdirde poliçe yenilendiğinde de devam eder. Sigortalının, sözleşmenin yenilenmesi sırasında, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun ilgili maddesi ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6.maddesinde düzenlenen beyan yükümlülüğüne uyması şarttır.

Sigorta ettiren, yenileme sırasında sigorta sözleşmesindeki teminat kapsamını genişletmek amacıyla sigortacıya başvurabilir. Sigortacı bu değişiklik talebi ile ilgili olarak yeni başvuru formu isteme, başvuruyu reddetme, standart şartlarla kabul etme ya da ek prim ve/veya belirli rahatsızlıklar için bekleme süresi ve/veya özel istisna, limit, katılım payı koyarak özel şartlar altında kabul etme hakkına sahiptir.

Yenileme döneminde plan geçiş talepleri için sigortalılara risk değerlendirilmesi yapılır ve sonucuna göre plan değişikliği geçiş kabul veya reddedilebilir. Yenileme sırasında daha geniş teminat kapsamlı plana geçilmesi durumunda, eklenen teminatlar, bu teminata geçilmesinden sonra ortaya çıkabilecek teminat kapsamı dahilindeki rahatsızlıklar için geçerlidir.

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

Sigorta sözleşmesi/poliçenin herhangi bir nedenle sona ermesi tarihinden itibaren 15 (on beş) günden daha uzun bir süre içinde, sigorta ettiren/sigortalı tarafından aynı teminat ve kapsamda yenilemek için başvurulmamış olması durumunda, sigorta ettiren / sigortalı, sigortacıya karşı elde etmiş olduğu tüm kazanılmış haklarını kaybeder. Sigorta ettiren / sigortalının, sigorta sözleşmesi / poliçenin sona ermesi tarihinden itibaren 15 (on beş) gün sonrasında sigorta sözleşmesi / poliçesi talebinde bulunursa güncel başvuru ve Bilgilendirme formu alınarak, sigorta sözleşmesi / poliçesi düzenlenmesi için yeniden risk değerlendirmesi yapılır.

Poliçenin başka bir sigorta şirketinde yenilenmemesi halinde, Sigortanın sona erme tarihinden önce sigortacı tarafından kabul edilen yatarak tedavi teminatı, sözleşme süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, asgari on gün olmak üzere özel şartlarda belirtilen süreyi ve teminat limitini aşmamak kaydıyla devam eder.

Bunun yanında, devam eden ve poliçenin son gününe ait giderler sigortalının poliçesinin yenilemesi halinde yeni dönem poliçesinin teminatlarından ödenir.

YENİLEME GARANTİSİ

Bu sağlık sigortası özel şartlar kapsamında yenileme garantisi verilmemektedir.

PRİM TESPİTİ

a. Primin Tespitine İlişkin Kriterler;

Sigortacı, Sağlık Sigortası Tarife Primini birey bazında, yaş, cinsiyet, sigorta süresi, geçmiş dönem kullanım oranı (tazminat/prim), hastalık riski, teminat yapısı, teminat limiti ve enflasyon oranı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir.

Yenilemedeki prim artışı; sigortalıların teminat kapsamı, limitleri ile ürün portföyündeki sigortalıların kullanım oranları, hastalık riski, sağlık enflasyonu ve yaş değişiminden kaynaklı artışla sınırlı olacaktır.

Yenileme döneminde sigortalının primi, aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bir sigortalının tarife priminin en fazla 4 (dört) katına kadar artırılabilir.

Sigorta sözleşmesinin kesintisiz olarak yenilenmesi halinde primin belirlenmesi ve ilgili tüm alt maddelerde geçen tüm uygulamalar, koşul ve oranlar sigortacı tarafından önceden bildirilmek ve/veya ilan edilmek kaydıyla her zaman değiştirilebilir. Bir sonraki sigorta sözleşmesi başlangıcından geçerli olmak üzere uygulanır.

b. Hastalık Ek Primi

Sigorta sözleşmesinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan sağlık risklerinin değerlendirilmesi sonucunda, sigortalının rahatsızlık/hastalıklarına teminat verebilmek amacı ile, poliçe/sigorta sözleşmelerine yansıtılmak üzere sigortacı tarafından talep edilen ek prim tutarını ifade eder.

Tıbbi risk değerlendirilmesinin yapıldığı sigortaya yeni başvuru, süresi sona eren poliçenin yenilenmesi veya iptal edilmiş bir sigorta sözleşmesi/poliçenin yeniden düzenlenmesi, teminat değişiklik talepleri ile birlikte, hastalık ek primi belirlenir ve tarife primine eklenir.

Hastalık Ek Primi, sadece ilgili sigortalı için prim tarifesindeki yaş ve cinsiyet için tanımlanmış prime eklenir ve sigortalının kişisel primini belirleyecek ilk ölçüttür. Diğer indirim ve ek primler, bu şekilde hesaplanan prime sırayla ve çıkan prime çarpan olarak uygulanır ve nihai prim tespit edilir.

Hastalık Ek Primi her rahatsızlık için %10'dan başlayarak en fazla %300 oranında belirlenmiştir. Müşterinin her yıl prim tablosundaki yaşına ve diğer kriterlerine göre yeniden primi hesaplanır. Buna ek olarak yenileme poliçe ise bir önceki yılının tazminat / prim oranına bağlı ekteki tabloda hesaplanan prime ilave edilir.

| Tazminat / Prim Oranı (%) | Ek Prim (%) |
|----------------------------------|--------------------|
| 1-100 | 0 |
| 101-200 | 50 |
| 201-250 | 100 |
| 251-300 | 200 |
| >301 | 300 |

SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1.Poliçe İptali

Poliçe primleri vadesinde ödenmediği takdirde ödeme yapılmayan vade tarihini takip eden 15 günün sonunda poliçeye provizyon ve hasar girilmesi sistemden otomatik olarak engellenir ve sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde Türk Ticaret Kanunu madde 1434 doğrultusunda cayabilir.

İptal işlemi aşağıdaki kurallar doğrultusunda gün esasına göre yapılır.

Sigorta ettiren ve sigortalı, sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk otuz gün içerisinde iptal talebinde bulunursa ve bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödenmemişse, ödenen primler beş iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir. Sonraki günlerde yapılan iptal talebi üzerine şirketin hak etmediği prim sözleşme özel şartlarına göre aynı süre içerisinde iade edilir.

Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden az ise hak edilen prim ile ödenen prim arasındaki fark sigortalıya iade edilir.

Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise sigortalının ödediği prim ile ödenen tazminat arasındaki fark sigortalıya iade edilir.

Ancak Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu gereğince düzenlenen poliçelerin iptali 16.06.2021 tarih ve 2021/8 sayılı "Vize ve İkamet İzni Taleplerinde Yaptırılacak Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin

Genelgeye göre yapılacaktır. Sigortalının talebi ile sonlandırılabilmesi için aşağıdaki koşulların gerçekleşmesi gerekmektedir.

İkamet izin süresini kapsayan yeni bir özel sağlık sigortası sözleşmesinin şirkete ibrazında,

İkamet izninin iptalinde,

5510 sayılı Sosyal Sigorta ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil olduğunu gösterir belge ibrazında

Öğrenciler için alınan ikamet izni poliçesi iptallerinde öğrenci çıkış belgesi (öğreniminin bittiğine dair) ibraz etmesi

Aksi takdirde poliçe iptal edilemez.

Sigorta ettiren, sağlık sözleşmesinin iptalini sigortacıdan talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için sigorta ettiren tarafından düzenlenen ve içeriğinde imza, güncel tarih bulunan iptal beyanının sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir.

Sözleşme yılı içinde iptal isteminin sigorta ettirenden gelmesi halinde yukarıdaki kurallar doğrultusunda gün esasına göre işlem yapılır.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi gibi kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda Sigortacı, teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.

13.2.Kötü Niyetli Uygulamalar Sonucu İptal

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin veya sigortalıların birbirlerinin teminatlarından yararlandırılması, sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi veya sigortalı tarafından yarar sağlama amacıyla teminatların kötü niyetli olarak kullanıldığının saptanması halinde, bu durumu yanlış sigorta uygulamalarının tespiti, bildirimi, kaydı ve bu uygulamalarla mücadele usul ve esasları hakkında yönetmelik gereğince sigorta bilgi merkezine bildirmek dışında, sigortacı varsa yaptığı tazminat ödemelerini geri alma ve her durumda prim iadesi yapmaksızın sigorta sözleşmesini / poliçesini fesih etmek hakkına sahiptir.

Cayma ve Fesih Hakkı

Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir.

Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek hallerde;

Sigorta ettirenin/sigortalının kastı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez.

Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

b) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren/sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafında iadeli tahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebelluğ tarihin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

c) Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.

d) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,

Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,

Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse, sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

Vefat Durumu

15.1. Sigorta ettiren ve sigortalı, sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk otuz gün içerisinde iptal talebinde bulunursa ve bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödenmemişse, ödenen primler beş iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir. Sonraki günlerde yapılan iptal talebi üzerine şirketin hak etmediği prim sözleşme özel şartlarına göre aynı süre içerisinde iade edilir.

15.2. Sigortalının vefatı durumunda şirketin hak etmediği prim sigorta ettirene, vefat eden sigortalının aynı zamanda sigorta ettiren olması durumunda ise kanuni varislerine sözleşme özel şartlarına göre iade edilir. Sigortalının tedavi görürken vefat etmesi durumunda, tedavi süresi içerisinde oluşan giderler sözleşmenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde sağlık hizmeti sunucusuna veya kanuni varislerine ödenir.

Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

KONTROL YETKİSİ

Sigortacı, gider bildiriminde bulunulması durumunda veya sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir. Ayrıca sigorta süresi öncesinde ve sigortalı olunan sürece, sigortalıyı tedavi eden tüm doktor, sağlık kuruluşu ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma ve her türlü kayıt kopyalarını isteme hakkına da sahiptir. Sigortalı bu nedenden dolayı gerek sigortacıya ve gerekse tedavisi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarına karşı herhangi bir hak iddia etmeyeceğini kabul eder.

Sigortacı kendi adına, gerçekleşen giderleri incelemek için bağımsız temsilciler atayabilir.

Sigortacı, 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu Madde 31/B bendi gereğince sigortadan menfaat sağlayan sigortalı/sigorta ettirene ilişkin olarak sigortalı/sigorta ettiren tarafından sağlanan bilgileri, yanlış sigorta uygulamaları dahil, risk değerlendirmesine esas bilgileri toplamak üzere Sigortacılık Kanunu ve Müsteşarlıkça belirlenecek kişiler ve Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi ile paylaşmakla yükümlü olup, sigortalı/sigorta ettiren bu hususa muvafakatini peşinen vermiştir.

17. Sigortacının Rücu Hakkı:

Sigortacı, sigortalının, üçüncü şahısların veya doktorun yanlış ve/veya eksik bilgilendirmesi yüzünden poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen ödeme yapmak durumunda kalması halinde, teminat kapsamı dışında yapılan bu ödemeleri sigortalıya rücu ederek tahsil eder. Ayrıca bu uygulama, sigortacının poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen harcamalarla ilgili olarak sigortalı adına yapmak zorunda kaldığı ödemeler için de geçerlidir.

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

SİGORTA BİLGİ VE GÖZETİM MERKEZİ UYGULAMALARI

Sigortalılara ait sağlık bilgileri Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne (SAGMER) transfer edilmektedir. Gerektiğinde sigortalılarla ilgili sağlık bilgileri SAGMER'den sigortalı adına temin edilecektir. Sigorta Bilgi Merkezinin, Sigorta Bilgi Merkezi Yönetmeliği gereği talep ettiği bilgilerin gönderilmesi zaruri olup, Bilgi Merkezine verilen bu bilgilerden dolayı Sigortacının hiçbir sorumluluğu bulunmamaktadır.

Sigorta Şirketi, sigortalının yazılı onayı alınarak, Sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, SBGM'den, SGK'dan ve Sağlık Bakanlığından ilgili mevzuat çerçevesinde bilgi alma ve belge isteme hakkına sahiptir.

