(Not: Aşağıdaki mavi alanlar tıklanırsa, ekranda ilgili bilgi bölümleri açılacaktır)

ENERJİ BİR-SEN
(Enerji, Sanayi ve Madencilik Hizmetleri Çalışanları Birliği Sendikası)

Öncülüğünde

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI (TSS)

ENERJİ BİR-SEN girişimiyle, tüm üyelere, eş ve çocukları dahil olmak üzere "***Türkiye Sigorta A.Ş.***" nezdinde çok indirimli fiyatlarla ve çok özel şartlarla, son derece kapsamlı bir **Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS)** imkanı sunulmaktadır.
Üyelerimizin, isteğe bağlı olarak, tamamen kendi imkanlarıyla ve ENERJİ BİR-SEN avantajlarıyla katılabilecekleri bu uygulama, kamuoyunda ciddi farkındalık yaratarak kurumsal sağlık sigortaları için önemli bir örnek olacaktır.

ENERJİ BİR-SEN Genel Başkanımız Sayın Hacı Bayram Tonbul desteği ve talimatıyla hazırlanan bu bilgilendirme materyali kapsamında, en önemli ve öncelikli husus: **Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS)**, özellikle tüm dünyanın maruz kaldığı ***COVID-19 Salgını*** nedeniyle, çok büyük bir önem kazanmıştır. Öte yandan, tüm diğer hastalıkları da içeren ve yararlanmak isteyen üyelerimiz ile eş ve çocuklarına sunulacak olan bu çok yönlü ve kapsamlı sağlık hizmetinin hayırlı olması dileğiyle, hepinize sağlıklı günler temenni ediyoruz.

(Not: Tüm kamu sigorta şirketlerini bünyesinde toplayarak, her türlü sigorta hizmetlerinde tam bir dünya devi haline gelmiş olan "**Türkiye Sigorta A.Ş.**" tarafından, ENERJİ BİR-SEN üyelerimizle, isteyenlerin eş ve çocuklarına kadar sunulacak olan ve sigorta tarihinden sonra başlayan tüm sağlık sorunlarını içerecek bu hizmete ait ***diğer detaylar için lütfen tıklayınız...***)

NEMA SİGORTA ve REASÜRANS BROKERLİĞİ A.Ş.
Veysipaşa Sok., Kahyaoğlu Sitesi B-Blok No:20/2
Altunizade Mah., Üsküdar/İSTANBUL
turkiyesaglik@nemabroker.com

DİĞER DETAYLAR

ÇOK DEĞERLİ ENERJİ BİR-SEN ÜYELERİMİZ

ENERJİ BİR-SEN Genel Başkanı Sayın Hacı Bayram Tonbul öncülüğünde ve himayesinde, kendisinin öneri ve talimatlarıyla, üyelerimize özel hazırlanan, son derece avantajlı "**Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS)**" çalışmamız, iş ve çözüm ortağımız **TÜRKİYE SİGORTA A.Ş.** garantisiyle hizmetinize sunulmaktadır:

1) Kayıt-başvurusu ve ödeme için son tarihler :
09.04.2021 Cuma, **kayıt-başvurusu** için son gündür. Bu tarihe kadar kayıt olan üyeler için 30.04.2021 Cuma, **sigorta primi ödemesi** amacıyla son gündür. Birinci tarihe kadar başvuru kaydını, ikinci tarihe kadar sigorta primi ödemesini tamamlamış olanların sisteme kabulü kesinleşecektir.

2) Yukarıdaki son kayıt ve ödeme tarihlerine göre, TSS Grup Poliçesinin başlangıç ve bitişi :
07.05.2021 Cuma günü TSS Grup Poliçesi aktifleşecek, 1 (bir) yıl sonra 06.05.2022 Cuma günü sona erecektir.

3) Eski hastalıklar ile hamilelik ve doğum kapsam dışı :
Geçmişten gelen "**eski hastalıklar**" teminat haricidir. "**Hamilelik ve doğum**" kapsam dışındadır.

4) Covid-19 ve tüm diğer hastalıklar :
Sigorta aktifleştikten sonra virüs kapan ve doktor tarafından "**Covid-19 ile hastaneye yatırılan**" sigortalının, "**yoğun bakım dahil, her türlü yatarak tedavi giderleri**", TSS Grup Özel Şartlarına göre, Türkiye Sigorta A.Ş. tarafından ödenir. Kişisel merakla "**hiçbir hastalık olmadan yapılan işlemler**" ve "**sigorta başlangıcından önceki**" sağlık sorunlarından oluşacak giderler ödenmez. Çok büyük bir indirimle, en özel avantajlarla sunulan, olağanüstü kapsamlı teminatlar içeren TSS Grup poliçesi, aktifleşme tarihini izleyen 1 (bir) yıl boyunca, karşılaşılacak sağlık sorunları için tedavi giderlerini öder. Uygulamalar, TSS Grup Özel Şartlarıyla yapılır. Lütfen okuyunuz.

5) *TSS Grup Özel Şartları* ve *Anlaşmalı Sağlık Kurumları* :
TSS Grup Poliçesi teminatları, izleyen sayfadadır. Detaylar için ekteki TSS Grup Özel Şartları uygulanır. **TSS Grup Poliçesi, Türkiye Sigorta A.Ş. ile anlaşması olmayan sağlık kurumları için ödeme yapmaz.** Ülkemizde ödeme kapsamında bulunan binlerce "**ANLAŞMALI**" sağlık kurumunu, il-ilçe bazında görmek için, ***lütfen burayı tıklayıp*** , açılan pencerede **Poliçe Adı** bölümünden **TSS ALTIN NETWORK** seçiniz.

SİGORTA Primi Fiyatı ve TEMİNAT Tablosu için tıklayınız :
İzleyen sayfalardaki ayrıntıları, tabloları ve internet link bağlantılarını değerlendirmenizi rica ediyoruz. Ek bilgi gerekirse, tamamen size tahsis edilmiş "**e-mail adresimiz**" ile uzman personelimiz, aşağıdaki cep telefonlarıyla birlikte, 7 gün 24 saat hizmetinizdedir.
turkiyesaglik@nemabroker.com
0532-4049635 / 0536-2044517 / 0537-8177424 / 0532-5160674 / 0533-9224578

Saygılarımızla

SİGORTA Primi Fiyatı ve TEMİNAT Tablosu
(Katılımcı Sayısı netleşince küçük değişiklikler olabilir)

ENERJİ BİR-SEN ve TÜRKİYE SİGORTA A.Ş. İŞBİRLİĞİYLE TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI (TSS)

Üyeler için hazırlanan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Bilgilendirme Tablosu

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI "YATARAK + AYAKTA" KURUMSAL TSS GRUBU

ÇALIŞAN PERSONEL	AİLE (Sadece EŞ - ÇOCUKLAR)
Yıllık "TAHLİL-TEŞHİS-TEDAVİLER" için KİŞİ BAŞI FİYAT	Yıllık "TAHLİL-TEŞHİS-TEDAVİLER" için KİŞİ BAŞI FİYAT
YATARAK + AYAKTA	YATARAK + AYAKTA
584 TL	639 TL

Tüm kamu sigorta şirketlerini bünyesine alıp, dünyanın "en büyüklerinden" olan "GÜNEŞ SİGORTA", yeni adıyla "TÜRKİYE SİGORTA A.Ş." garantileri kapsamında, çok özel bir indirim amaçlanmıştır. Üyelerimiz ile, isteyenlerin eş ve çocuklarına, "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS)", tüm anlaşmalı kurumların en modern sağlık hizmetlerini, en güçlü ve yüksek teminatlarla. en kapsamlı ve eksiksiz biçimde sunacak, uygulamalar Türkiye Sigorta A.Ş. Grup TSS şartlarına göre, "üyeleri bilgilendirme" ise, ENERJİ BİR-SEN resmi web sitesinden yapılacaktır.

Bilgi-destek-iletişim (24 saat): **0532-4049635 / 0536-2044517 / 0537-8177424 / 0532-5160674 / 0533-9224578**

Ödeme bilgileri için TIKLAYINIZ ***Anlaşmalı Hastaneler için TIKLAYINIZ***

TSS Grup Özel Şartları için TIKLAYINIZ

		TÜRKİYE SİGORTA A.Ş. KATKISI	
TEMİNATLAR	UYGULAMA	***ANLAŞMALI HASTANELER***	LİMİTLER
YATARAK TEDAVİLER	YILLIK	%100	LİMİTSİZ
AMELİYATLAR	YILLIK	%100	LİMİTSİZ
DAHİLİ YATIŞ TEDAVİLERİ	YILLIK	%100	LİMİTSİZ
TEK KİŞİLİK ÖZEL ODA YEMEK ve 1 REFAKATÇİ	YILLIK	%100	LİMİTSİZ
YOĞUN BAKIM	YILLIK	%100	LİMİTSİZ
ÖZELLİKLİ TIBBİ MALZEME	YILLIK	%100	30.000 TL
SUNİ UZUV	YILLIK	%100	10.000 TL
KÜÇÜK MÜDAHALELER	YILLIK	%100	LİMİTSİZ
AYAKTA TEDAVİLER *	YILLIK	%100	LİMİTSİZ
DOKTOR MUAYENELERİ	YILLIK	%100	8 KEZ
TAHLİLLER - RÖNTGENLER	YILLIK	%100	LİMİTSİZ
İLERİ TANI YÖNTEMLERİ	YILLIK	%100	LİMİTSİZ
FİZİK TEDAVİ	YILLIK	%100	2.000 TL
KARA AMBULANSI	YILLIK	%100	LİMİTSİZ

Sigortalıya Corona virus (Covid-19) bulaşırsa, yoğun bakım dahil, "yatarak tedavi" kapsamındaki tüm sağlık giderleri, "TÜRKİYE SİGORTA A.Ş." tarafından karşılanır.

* Ayakta tedavilerde, 8 defa doktor muayenesine bağlı olarak uygulanacak tetkikler (her türlü Tahlil, Röntgen, tüm İleri Tanı Yöntemleri) aynı muayene limitinden karşılanır. TSS anlaşmalı sağlık kurumlarında bu hizmetler limitsizdir, tamamı %100 geçerlidir, sigortadan ödenir. TSS anlaşmasız sağlık kurumları ise, kapsam dışı olup, sigorta şirketi bunlara ödeme yapmaz. TSS Poliçe başlangıcı öncesinde mevcut olan, eskiden gelen sorunların giderleri ödenmez. TSS Poliçe başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan sağlık sorunları, sigorta şirketince ödenir.

SON AÇIKLAMALAR / Kayıt ve Ödeme Bilgileri için TIKLAYINIZ ...

SON AÇIKLAMALAR
Kayıt ve Ödeme

Kayıt : 09.04.2021 Cuma - son gün

Yetkilimize, "**Ad-Soyad, TC-No**" ve **cep tel.** bilgisini whatsapp ile gönderirseniz kaydınız hemen yapılır. Çalışan kişi olarak, "**sadece kendinizi**", isterseniz, ilaveten "**eşinizi ve/veya çocuklarınızı**" kayda aldırabilirsiniz. Tabii, onlara ait bilgiler de, aynen "**Ad-Soyad, TC-No**" şeklinde, ayrı ayrı uzmanımıza iletilmelidir. Özetle, "**TSS-3 kayıt talebim**" yazıp, devamına, önce "sizin" için, sonra, eğer katılacaksa, "eş/çocuk" için, tüm "**Ad-Soyad, TC-No**" bilgilerini yazıp, hangi "**Ad-Soyad, TC-No**" kendinize, eşinize, çocuğunuza veya çocuklarınıza ait ise, özellikle açıklayarak whatsapp'tan iletiniz.

Not-1: *Kayıt, hiçbir zorunluluk-taahhüt-sorumluluk içermez. Aynı telefona mesajla iptal mümkündür. Ek bilgi ihtiyacınız olursa, yine aşağıdaki aynı telefonlardan birini sözel olarak arayıp, her şeyi sorabilirsiniz. Çalışan kişi kaydı alınmadan, eş/çocuk kaydı olınamaz. Çünkü eş/çocuk, sadece size bağlı olarak yararlanırlar.*

Not-2: *"**TSS-3**" ifadesi, "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası-3.Grup" anlamındadır. TSS-1 / 2 no.lu gruplar tamamlanıp, sigortaları yürürlüğe girdiğinden, önceki bu 2 grubumuza kayıt yoktur.*

Ödeme : 30.04.2021 Cuma - son gün

Sayın Üyelerimiz, güncel fiyat olarak, **çalışan** için, kişi başı yıllık **584 TL**, **eş/çocuk** için, kişi başı yıllık **639 TL** ödeme gerekiyor. Fakat, sizlerden oluşacak **TSS-3 Grubunun** katılımcı sayısına göre, bu fiyat biraz aşağı veya biraz yukarı değişebilir. Kayıtların tamamlanacağı 09.04.2021 Cuma gününde toplam katılımcı listesi, Türkiye Sigorta A.Ş. tarafından değerlendirilip, kişi başı ödenecek yıllık sigorta primi fiyatı hesaplanarak, rakamlar netleşecektir. Bunlar derhal sizlerin cep telefonlarınıza iletilecek, **en geç 30.04.2021 tarihine kadar ödemeniz** gerekecektir. Ödemesi yapılan kişilerin süreçleri tamamlanmış ve **TSS-3 Grubumuza** katılımları kesinleşmiş olacaktır. Son aşamada Türkiye Sigorta onayının alınması gerekecek ve buna göre tanzim edilecek olan TSS Grup Poliçesi başlangıç tarihi ise, 07.05.2021 olacaktır. Tarihlerle ilgili diğer ayrıntılar için, bu dosyada ***DİĞER DETAYLAR*** başlıklı kısma bakınız. Bildirimler size cep tel. ile gelecektir.

Yetkili Uzmanlarımızın 24 saat açık hizmet telefonları

0532-4049635 / 0536-2044517 / 0537-8177424 / 0532-5160674 / 0533-9224578

TSS (Tamamlayıcı Sağlık Sigortası) ÖDEME SEÇENEKLERİ (1 - 2)

1) VakıfBank online ekranından kredi kartı ile : *(Çalışan üye **584 TL**, eş ve çocuklar kişi başı **639 TL**)*
Ödeme amacıyla VakıfBank tarafından size özel oluşturulan aşağıdaki linki tıklayınız lütfen:

https://onlineodeme.vakifbank.com.tr/DonationUI/Donation/DataSave/dac9e527-9773-4770-a7fe-910aa06a8582

Açılan ekrandaki alanlar doldurulacaktır. Alttaki "**Ek Bilgiler**" alanına, adına ödeme yaptığınız kişinin, size yakınlık derecesi yazılacaktır (kendim, eşim, 1. çocuk, 2. çocuk, vb. gibi..). Tüm kişiler için, toplu ödeme değil, "kendinizin" ve "her kişinin" adına, ayrı ayrı ödeme yapılacaktır. Bir ödemeyi yaptıktan sonra, diğer kişiniz için, işlemi kapatıp linki yeniden tıklayarak taze girişle, onun adına ödeme yapınız. Her bir kişi için, bunu, ayrı ödemeyle tekrarlayınız.

2) VakıfBank Altunizade Üsküdar İst. IBAN ile : *(Çalışan üye **584 TL**, eş ve çocuklar kişi başı **639 TL**)*
IBAN-no. : TR-75000150015800731218557 9 / **Alıcı :** "***Nema Sigorta ve Reasürans Brokerliği A.Ş.***"
Açıklama: Adına ödeme yaptığınız kişilerin "***adı-soyadını, TC-no. ve kendinize yakınlık derecesini (kendim, eşim, 1. çocuk, 2. çocuk, vb. gibi..)***" yazınız. Tüm bu bilgilerin hepsi, "**açıklama**" kısmına toplu halde yazılabilir. Böylece, hepsinin havalesini tek işlemde gönderebilirsiniz. Sonra, "**açıklama**" bölümüne yazdığınız aynı bilgileri maile de yazarak, turkiyesaglik@nemabroker.com e-mail adresine, dekontla birlikte iletiniz. İsterseniz, aynı "**açıklama**" bilgilerini WhatsApp mesajına yazarak, dekontla birlikte, 24 saat açık olan hizmet telefonlarımızdan birine de, iletebilirsiniz : **0532-4049635 / 0536-2044517 / 0537-8177424 / 0532-5160674 / 0533-9224578**

EN SON ONAY Aşamasına Geçmek için TIKLAYINIZ ...

EN SON ONAY
Aşamasına Geldiniz

Adına ödeme yapılan kişilerin TSS Grubuna katılımının kesinleşmesi için en son aşama
Yukarıda tanımlanan turkiyesaglik@nemabroker.com e-mail adresine beklenen bilgiler aşağıdadır:
Adınız, Soyadınız, size ait TC-Kimlik-no., cep-tel-no. ve TSS için adına para yatırdığınız kişilerin her biri namına, **Ad, Soyad, TC-Kimlik-no. bilgileri** ile her birinin **size yakınlık dereceleri**, Türkiye Sigorta A.Ş. kaydına alınmak zorundadır (eşiniz ve çocuklarınız dışında birisi, size yakınlığı ne olursa olsun, sizin kontenjan hakkınızdan kampanyaya katılamaz. Bu nedenle, sizin kontenjanınız kapsamında, eşiniz ve çocuklarınız dışında, başkası için ödeme yapmayınız. Öte yandan, eşinizi ve çocuklarınızı TSS Grubuna ait olan bu programa dahil etme "**kontenjanınız vardır**", ama "**zorunluluğunuz yoktur**". Bu, sadece isteğe bağlı bir kampanyadır. Yani, eğer isterseniz, sadece siz kendi adınıza ödeme yaparak, TSS Grubuna tek başınıza da katılabilirsiniz, böylece, eş ve/veya çocuk(lar) için kişi başı ek ödeme yapmanıza da gerek kalmayacaktır.

HER TÜRLÜ EK BİLGİ ve İŞLEMLERE DESTEK AMACIYLA İLETİŞİM TELEFONLARI (24 saat) :
0532-4049635 / 0536-2044517 / 0537-8177424 / 0532-5160674 / 0533-9224578
Herhangi bir tereddüt halinde dikkate alınacak olan *TSS Grup Özel Şartları için TIKLAYINIZ*

Anlaşmalı Hastaneler için TIKLAYINIZ

BİR KEZ DAHA ÇOK ÖNEMLİ BİLGİLERİ SİZE TEKRAR HATIRLATMAK İSTİYORUZ

ÇOK ÖNEMLİ TARİHLER :

Kayıtlar için son tarih	**09.04.2021 Cuma (son gün)**
Türkiye Sigorta liste-fiyat çalışması ve onaylanması	**16.04.2021 Cuma (son gün)**
Ödemeler için son tarih	**30.04.2021 Cuma (son gün)**

ÇOK ÖNEMLİ BİLGİLER :

Ayakta tedavi teminatında 8 defa doktor muayenesine bağlı olarak uygulanacak tetkikler (her türlü Tahlil, Röntgen, tüm İleri Tanı Yöntemleri) aynı muayene limitinden karşılanır, TSS anlaşmalı sağlık kurumlarında bu hizmetler limitsizdir, tamamı %100 geçerlidir, ödenir. TSS anlaşmasız sağlık kurumları ise, kapsam dışı olup, sigorta şirketi bunlara ödeme yapmaz. TSS Poliçe başlangıcı öncesinde mevcut olan, eskiden gelen sorunların giderleri ödenmez. TSS Poliçe başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan sağlık sorunları sigorta şirketince ödenir. TSS Grup Özel Şartlar/Uygulama İlkeleri için, aşağıdaki son satırı tıklamak suretiyle, ekteki

Tamamlayıcı Grup Sağlık Sigortası Özel Şartlar bölümüne bakınız **...**

TAMAMLAYICI GRUP SAĞLIK SİGORTASI

ÖZEL ŞARTLAR

TAMAMLAYICI GRUP SAĞLIK SİGORTASI

İçindekiler

1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI 3
2. TANIMLAR 3
3. TAMAMLAYICI SAĞLIK GRUP SİGORTASI TEMİNATLARI 8
   3.1. Yatarak Tedavi 9
      3.1.1. Ambulans 9
      3.1.2. Suni Uzuv 10
   3.2. Ayakta Tedavi 10
      3.2.1. Fizik Tedavi 10
   3.3. Doğum Teminatı 10
   3.4. Diğer Teminatlar 11
4. BEKLEME SÜRELERİ 11
5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER 11
6. COĞRAFİ KAPSAM 15
7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI 15
8. SİGORTAYA KABUL VE GİRİŞ İŞLEMLERİ 15
9. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR 16
10. TAZMİNAT ÖDEMELERİ 17
9. 11. RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME 18
10. 12. PRİM TESPİTİ 18
   10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler 18
      10.1.1. Tarife Primi 18
      10.1.2. Poliçe Primi 19
   10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler 19
      10.2.1. Prim Fark Zeyili 19
      10.2.2. Risk Ek Primi 19
13. SİGORTANIN YENİLENMESİ VE YENİLEME GARANTİSİ 19-20

TAMAMLAYICI SAĞLIK GRUP SİGORTASI

1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI

Bu sigorta, sigortalının TÜRKİYE SİGORTA tarafından belirlenmiş Anlaşmalı Kurum listesinde yer alan ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından sigorta süresi içinde, sigortalının ve/veya poliçede belirtilmiş olmaları kaydıyla sigorta ettiren/sigortalının aile bireylerinin hastalık ve/veya kaza halinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini poliçe özel ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.

Sigorta poliçesinin kapsamı ancak poliçe özel şartlarında belirlenmiş şartlara uygun, SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerlidir. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar, poliçelerini aksi bir talep olmadıkça devam ettirebilir. Ancak sigortalı poliçe teminatlarından faydalanamaz. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatı kullanılır hale gelir.

Sigortalı; Sigorta kapsamına kabul talebinde bulunduğu andan itibaren, poliçe süresi boyunca TÜRKİYE SİGORTA'nın gerekli gördüğü takdirde kendisinin sağlık geçmişi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme, tedavisi hakkında kurum, doktor ve 3. kişilerden her türlü bilgi alma, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkı için izin vermiş sayılır.

Sağlık poliçeleri bir yıllık düzenlenir. Poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Poliçe Türkiye saati ile öğlen 12.00'da başlar, belirtilen bitiş tarihinde öğlen 12.00'da sona erer. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz.

Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar.

2. TANIMLAR

POLİÇE

Sigortalanan kişi veya kişilere ait belirleyici bilgileri, sigortalının başlangıç ve bitiş tarihlerini, ödenecek prim ve teminat tutarlarını içeren, sigortacı ile sigorta ettiren arasında yapılan sigorta sözleşmesinin yazılı belgesidir.

POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ

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

POLİÇE BİTİŞ TARİHİ

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

POLİÇE ÖZEL ŞARTLARI

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

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta TÜRKİYE SİGORTA tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır.

BİLGİLENDİRME FORMU

Sigortalı adayına ait bilgileri ve seçilen teminat limitini, prim ödeme planını içeren ve gerek sözleşmenin müzakeresi gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin devamı sırasında ortaya çıkabilecek ve sözleşmenin işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen sigortacı tarafından verilen bilgileri içeren ve sigorta ettiren/sigortalı tarafından imzalanması gereken forma Başvuru ve Bilgilendirme Formu denir. Bu form, sigortacı için bir teklif niteliğindedir. Bu formun doldurulması sözleşme ilişkisinin başladığı anlamına gelmemekte olup, sigortacının değerlendirmesi sonucu kabulü hâlinde primin (veya peşinatın) tahsili ile poliçe tanzim edilir.

SİGORTA ETTİREN

Sigortacı ile sigorta sözleşmesine taraf olan ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigortadan doğan yükümlülükleri üstlenmiş gerçek veya tüzel kişidir.

SİGORTACI

Sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında sigorta ettiren/sigortalıya rizikonun gerçekleşmesi hâlinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur.

SİGORTALI / SİGORTALILAR

Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan poliçede ismi yazılı kişi/kişilerdir.

AİLE

Evlilik bağına dayanan karı, koca, çocuk / çocuklardan oluşan en küçük topluluk.

ANLAŞMALI KURULUŞ

Sigortacı adına yapılan bir sözleşme ile anlaşmalı kurum ağını oluşturan ve bu sigorta sözleşmesinin şartlarına uygun olarak sigortalının teminat kapsamında ve

limit dahilindeki tedavi giderlerini doğrudan sigortacıdan almayı kabul eden sağlık kurumlarıdır.

Anlaşmalı kuruluşların isimleri, TÜRKİYE SİGORTA'ya ait www.turkiyesigorta.com.tr adresli web sayfasında güncel hali ile sunulmaktadır. Sigorta TÜRKİYE SİGORTA'nın Anlaşmalı Kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

ANLAŞMASIZ KURULUŞ

TÜRKİYE SİGORTA ile özel anlaşması bulunmayan ve Anlaşmalı Kurum Kitapçığında yer almayan sağlık kurumlarıdır.

SAGMER

Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Hazine Müsteşarlığı tarafından hazırlanan ve 16.12.2003 tarih ve 25318 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Trafik Sigortası Bilgi Merkezi Yönetmeliği ile "TRAMER" adıyla kurulmuştur. 9 Ağustos 2008 tarihinde 26962 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanan yönetmelikle adı Sigorta Bilgi Merkezi kabul edilmiş, 03.11.2011 tarih ve 28131 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanan yönetmelik değişikliği ile ise unvanı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi olarak değiştirilmiştir.

SBM (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi), Türkiye Sigorta Birliği bünyesinde tüzel kişiliği haiz bir kurum olarak kurulmuş olup Hayat, Hastalık/Sağlık, Zorunlu Trafik, Yeşil kart, Zorunlu Karayolu Taşımacılık Mali Sorumluluk, Otobüs Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza, Motorlu Kara Taşıtları-Kasko, Tıbbı Kötü Uygulama Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası, Tehlikeli Maddeler ve Tüpgaz Zorunlu Sorumluluk Sigortası, Mesleki Sorumluluk Sigortalarına ilişkin verilen tek merkezde toplanarak, sigortacılık faaliyetlerinin daha kapsamlı ve etkin şekilde yürütülmesi, sektör genelinde uygulama birliğinin sağlanması, sağlıklı fiyatlandırma yapılabilmesi, suiistimallerin önlenmesi, güvenilir istatistiklerin oluşturulması, sigorta sistemine olan güvenin arttırılması ve kamu gözetim-denetiminin etkinleştirilmesi hedeflenmektedir.

PRİM

Sigortacının sözleşme ile sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar kapsamında tazminat ödemesi yapmak üzere sigorta ettirenden aldığı ücrettir.

İLAVE ÜCRETLER

İlave ücret 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 73. Maddesinin ikinci fıkrasında düzenlenmiştir. İlave ücretin alınmasına ilişkin hususlar ise Sağlık Uygulama Tebliği'nin 3.3. numaralı maddesinde açıklanmıştır. Buna göre; Kurumla sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden istenen fark ücretlerdir.

HASTALIK EK PRİMİ

Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucunda, "Sağlık Tarife Primi"ne belli bir oranda ek prim uygulanarak, poliçe kapsamına alınmasıdır.

SGK KATKI PAYI

5510 Sayılı kanun çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işlemlerinde ödenecek tutar.

SİGORTALI KATILIM PAYI

Katılım Payı Poliçede her bir teminat için belirtilen ödeme yüzdesinden artakalan kısmın sigortalı tarafından üstlenildiği oranı ifade eder.

LİMİT

Sigortacının bu Sigorta poliçesinin şartları içerisinde istisna, bekleme süresi, limit ve muafiyet dışında üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamını ifade eder. Sigortalı'nın belirtilen teminatından, Sigorta Poliçesi dönemi süresince kullanabileceği azami gider toplamıdır.

ÖNCEDEN VAR OLAN RAHATSIZLIK

Sigortalanma öncesinde var olan rahatsızlık/hastalıktır. Belirtisinin,/bulgusunun/şikayetinin veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ile gelişim süreci açısından sigorta başlangıç tarihinden önceye dayalı rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklar(komplikasyonlar.)

BEKLEME SÜRESİ

Sigortalının Yatarak Tedavi Sağlık giderlerinin ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

KOMPLİKASYON

Bir hastalığın seyri, tedavisi sırasında veya sonrasında bu hastalıkla bağlantılı olarak oluşan sağlık durumudur.

PROVİZYON ONAYI

TÜRKİYE SİGORTA'nın Anlaşmalı sağlık kurumlarına, poliçe özel şartlarında belirtilen esaslar doğrultusunda sigortalı lehine verdiği sağlık giderleri ödeme taahhüdüdür.

KAZANILMIŞ HAKLARIN DEVRALINMASI

Diğer sigorta şirketinden geçişlerde, sigortalının en az 1 tam yılını doldurması ve /veya bir yıldan fazla kesintisiz sigortalı olması koşulu ile ilk kayıt tarihinin korunması (Doğum Teminatı hariç).

KONJENİTAL HASTALIK

Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır. Bazı durumlarda şikâyetler ilerleyen yaşlarda görülebilmektedir.

KRONİK HASTALIK

Tamamen geçmesi mümkün olmayan süregelen ya da uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hastalıklardır.

MUACCEL OLMAK

Primin ve/veya tazminatın talep edilebilir hâle gelmiş olması.

MUAFİYET

Sağlık giderlerinde sigortacı tarafından karşılanmayacak olan sigortalının ödemeyi üstlendiği kısımdır. Muafiyet bir tutar, teminatın başlama süresi ve/veya teminat yüzdesi olabilir ve plan dâhilindeki tüm sigortalılar için geçerlidir.

RİSK / RİZİKO

Sağlık sigortaları için risk, hastalık ve kazalar ile bunların ortaya çıkma ihtimalini artıran fiziksel durumlar, alışkanlıklar vb. koşullardır.

RÜCU

Sigortacının ödediği tedavi masraflarını, halefiyet uyarınca tedavi masraflarının oluşmasında sorumluluğu bulunan üçüncü şahıslardan talep etme hakkıdır.

TEMİNAT

Sigortacının sigortalıya, rizikonun gerçekleşmesi halinde sigorta poliçesi özel ve genel şartları çerçevesinde taahhüt ettiği güvencedir.

SUT

5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 Sayılı Kanun ve “Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği” hükümleri çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yayımlanan Sağlıkta Uygulama Tebliği (SUT). 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişilerin, SGK finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen

Kurumca ödenecek bedellerin bildirildiği Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'ni ifade eder.

VERGİ İNDİRİMİ

193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 01 Ocak 1986 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 3239 Sayılı kanun ile değişen 63. ve 89. maddeleri gereğince; mükellefin şahsı, eşi ve küçük çocukları için ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primleri vergi indirimi kapsamındadır.

Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırları tanımlayan söz konusu maddeler, 29 Haziran 2012 tarih ve 28338 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6327 Sayılı kanun ile değiştirilerek 01 Ocak 2013 tarihinden sonra geçerli olmak üzere yeni düzenlemeler getirilmiştir. Bordro ile ücret alan mükellefin ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primi, primin ödendiği ayda elde edilen brüt kazancın %15'ini ve asgari ücretin aylık tutarını aşmamak şartıyla gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Gelir vergisi beyannamesine tabi mükellefin ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primi, (primin gelirin elde edildiği yılda ödenmiş olması ve ücret geliri elde edenlerin ücretlerinin safi tutarının hesaplanması sırasında ayrıca indirilmemiş bulunması şartıyla) beyan edilen yıllık gelirin %15'ini ve asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacak şekilde gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir.

Söz konusu kanundan yararlanabilmek için 1) Bordro ile ücret alıyor iseniz, çalıştığınız işyerinde Muhasebe Servisine Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzunu vermeniz 2) Serbest çalışıyor iseniz, Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzundaki prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtmeniz yeterlidir. (Prim ödeyenin adı/soyadı, ödemenin ait olduğu dönem, ödenen prim, ödeme yapılan sigorta şirketinin ünvanı ve ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu, otomatik para çekme makinası makbuzu ve kredi kartı ekstreleri makbuz yerine geçmektedir.)

Pandemi Hastanesi: Sağlık Bakanlığının 14500235-403.99 sayılı yazısında belirlendiği üzere, bünyesinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları ve iç hastalıkları uzmanlık alanlarından en az ikisinin bulunduğu ve 3. Seviye erişkin yoğun bakım yatağı bulunan hastaneler Pandemi Hastanesi olarak kabul edilir. Pandemi Hastanesi: Covid-19 tanısı almış (test pozitif) vakaların tedavi sürecinin yapıldığı hastane olarak tanımlanır. (09092020)

3. TAMAMLAYICI SAĞLIK GRUP SİGORTASI TEMİNATLARI

TAMAMLAYICI SAĞLIK GRUP SİGORTASI, poliçe sahibi sigortalılarının, bu poliçe için anlaşmalı sağlık kurum ve kuruluşlarından sağlık hizmeti almaları sırasında oluşabilecek ilave ücretlerin poliçe teminat, limit, katılım payı özel ve genel şartları doğrultusunda ödenmesini kapsar.

Ancak poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede tedavisinin devam ettiği durumlarda, ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 gün süreyle poliçe özel ve genel şartları doğrultusunda teminat kapsamındadır. Poliçe teminat limit ve katılım payını aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir.

Tedavinin acil olup olmamasına, kurumun Anlaşmalı veya Anlaşmasız olmasına bakılmaksızın anlaşmasız (staff olmayan, SGK anlaşması bulunmayan) doktor tarafından yapılacak işlemler için doktor ücreti bu poliçe kapsamında ödenmez. İş bu poliçe için geçerli Anlaşmalı kurumlar üzerinde Türkiye Sigorta'nın değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.turkiyesigorta.com.tr adresinde yer almaktadır.

3.1. Yatarak Tedavi

Yatarak Tedavi teminatı, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, tıbben gerekli olan cerrahi ve/veya dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, özellikli tıbbi malzemeler (ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler), koroner anjiografi giderleri, ile sigortalının hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık giderleri ve küçük müdahale giderlerinin poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde karşılanmasını kapsar. Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri poliçe üzerinde belirtilen yıllık limit dahilinde ödenir.

Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır. Yatarak tedavi giderleri devam ederken poliçenin bitmesi ve yenilenmemesi durumunda ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 gün süreyle poliçe özel ve genel şartları doğrultusunda teminat kapsamındadır.

Bu teminatın kullanılabilmesi için; sigortalının anlaşmalı kurum kitapçığında yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması; ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir.

3.1.1. Ambulans

Sigortalının kaza, yaralanma veya hastalanması sonucunda hayati tehlike gösteren acil durumu nedeniyle bulunduğu yere en yakın sağlık kurumuna ulaştırılması için yapılacak ambulans (kara ambulansı) giderleri Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Sigortalının acil durumu nedeni ile, detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve sigortacının onayının alınmasını takiben en yakın tedavi merkezine Anlaşmalı Kara Ambulansı ile nakli kapsam dahilindedir.

Sigortalının bu hizmetten yararlanması için poliçe üzerinde belirtilen 7/24 ulaşılabilen ACİL TIBBİ DANIŞMA ve AMBULANS HATTI'nı aramaları gerekmektedir. Bu teminat yalnızca yurtiçinde geçerlidir.

3.1.2. Suni Uzuv

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu kaybolan uzvunu yerine koyma amacıyla takılan protezler bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Suni uzvun yerine koyulma işleminin ilgili poliçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir.

3.2. Ayakta Tedavi

Ayakta tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi teminatlarından oluşur. Bu teminatın kullanılabilmesi için; sigortalının anlaşmalı kurum kitapçığında yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması; ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesinde anlaşmalı kurumlar dışında yapılan muayene sonrası oluşabilecek tetkik ve / veya tedaviler Tamamlayıcı Sağlık Sigortası anlaşmalı kurumlarında yapılsa dahi poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Ayakta Tedavi teminatı poliçe dönemi içerisinde azami teminat tablosunda belirtilen kullanım ile sınırlıdır.

3.2.1. Fizik Tedavi

Fizik tedavi uygulamaları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim tarafından tedavi planı düzenlenmesi durumunda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat için poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir. Sadece fizik tedavi amacıyla hastanede yatarak uygulanan tedavilerde; fizik tedavi uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi) karşılanmaz.

3.3. Doğum Teminatı

Kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar sigortacının belirleyeceği prim karşılında, ek teminat olarak doğum teminatı alabilir.

Bu teminatın poliçede tercih edilmesi durumunda; teminat kullanımına hak kazanabilmek için 12 ay bekleme süresinin tamamlanması gerekmektedir.

Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavilere ait giderler poliçede belirtilen Doğum teminatı limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Gebelikle ilgili periyodik doktor muayeneleri ve gebelik öncesi TORCH tetkiki ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler, (TORCH, amniosentez, NST,Down üçlü tarama vb.), Ayakta Tedaviler teminatının poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerli olup poliçede belirtilen Gebelik Rutin Kontroller teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Yukarıda bahsedilen giderler dışında bebeğe ait sağlık giderleri, bebeğin poliçeye dahil edilmesiyle beraber kendi poliçesi kapsamında ilgili diğer teminatlardan karşılanır.

3.4. Diğer Teminatlar

Sigorta Ettirenin talebi ve Sigortacının onayı ile Tamamlayıcı Sağlık Poliçesi kapsamında olmayan teminatlar (Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Evde Bakım, Yardımcı Tıbbi malzeme, Check-Up vb.), Sigortacının belirleyeceği ek prim karşılığında teminat kapsamına alınabilir.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Yatarak tedavi giderleri, rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 90 gün süre ile kapsam dışındadır. Ayakta ve yatarak olmasına bakılmaksızın fizik tedavi ve rehabilitasyon, endoskopik girişimler 90 gün süre ile kapsam dışındadır.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar teminat kapsamı dışında olup Sigortalı tarafından karşılanır. Ayrıca, 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” başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan, Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve/veya hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüksetmesi ve /veya bunlara bağlı komplikasyonlar poliçe teminat kapsamı dışındadır.
2. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası’nın aktif olmadığı dönemde oluşan sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır,
3. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler

ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri poliçe teminat kapsamı dışındadır,

4. Acil durumlar da dâhil olmak üzere Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının geçerli olduğu Anlaşmalı Kurum ve /veya Kurumlar dışında yapılacak tedavilere ilişkin sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır
5. Poliçe üzerinde yazılı kullanım adedini ve / veya teminat limitini aşan ayakta tedavi giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır,
6. Ayakta tedavi teminatındaki her türlü ilaç, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri; yardımcı tıbbi malzemeler, koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, boyunluk, tekerlekli sandalye, korsel; ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi; her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderlerdir enjektör, ıtriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları; işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb. poliçe teminat kapsamı dışındadır
7. Poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurum ve / veya Kurumlar dışında yapılan muayene sonrası oluşabilecek tetkik ve / veya tedaviler Poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurum ve / veya Kurumlarda yapılsa dahi poliçe teminat kapsamı dışındadır
8. 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,
9. Her türlü diş tedavisi, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik işlemler/ veya diş hekimleri tarafından yapılan tüm işlemler poliçe teminat kapsamı dışındadır,
10. Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık ve görme tembelliği, gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları ve bunlarla ile ilgili giderler teminat kapsamı dışındadır.
11. Yurt dışında yapılacak tüm tedavi ve ilaçlar, yurtdışından getirilecek olan tüm ilaçlar poliçe teminat kapsamı dışındadır
12. Anlaşmasız şehir içi ve dışı her türlü ambulans ücretleri, yol, gündelik, 2.refakatçi ücretleri, suit oda farkları ve özel harcamalar poliçe teminat kapsamı dışındadır
13. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi tüp bebek, yardımcı üreme yöntemi tedavileri poliçe teminat kapsamı dışındadır,
14. Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri
15. Ek teminat olarak alınmadı ise gebelikle ilgili yapılacak tüm masraflar ve doğum giderleri
16. Ülkemizde ve/veya diğer ülkelerde ortaya çıkan, resmen ilan edilsin veya edilmesin, bölgesel (endemik), ülke genelinde (epidemi) veya ülkelerarası (pandemi) ortaya çıkan salgın hastalıkların tanı, ayırıcı tanı/tedavi/kontrol/komplikasyon ve koruyucu sağlık hizmetleri (aşılama ve buna bağlı kopmlikasyon dahil); karantina kapsamına giren hastalıklar ve durumlar; biyolojik savaşa konu olan hastalıklar; DSÖ tarafından alarm verilen hastalıklarla ilgili her türlü teşhis tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri (**Pandemi**

Hastanesi'nde Covid-19 tanısı almış (test pozitif) kişilerde, covid 19 ile ilgili muayene ve tetkik giderleri (PCR, antikor testleri, ve kart testi hariç) ile hastanede yatışı gerektiren giderler poliçe teminat limitleri ve iştirak oranları dâhilinde değerlendirilecektir) (09092020)

17. Tehlikeli sporların (her türlü amatör havacılık, delta kanat ,planör, paraşüt, parasailing, yamaç paraşütü, bungee jumping, dağcılık, binicilik, su altı sporları, tüplü dalış, go-card, dövüş sporları, rafting, kaykay,kayak,snowboarda, buz pateni, vücut geliştirme vb.) yapılması sırasında oluşabilecek tüm sağlık giderleri. Motosiklet kullanımı/kazaları sonucu oluşabilecek giderler (Yolcu olma durumu dahil). Lisanslı veya lisanssız yapılmasına bakılmaksızın tüm otomobil ve motorsiklet v.b gibi pist yarışları dahil olmak üzere her türlü lisanslı spor müsabakası ve/veya antremanı sırasında oluşan sporculara ait sağlık masrafaları ile ehliyetsiz her türlü araç kullanımı sonucu oluşabilecek kazalara ilişkin sağlık giderleri poliçe kapsamı dışındadır.
18. Her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejuno-ileostomi, barsak kısaltılması vb.), obezite, metabolik sendrom ile ilgili tüm tetkik, tedavi ve komplikasyon gideri,
19. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişim, plastik cerrahi (poliçe döneminde oluşan kazaya bağlı durumlar hariç); burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme, telengiektazi, cilt hemangiomları, vitiligo, keloid, skar, ksantelasma, skin tags, yüzeyel varis tedavileri vb.), estetik amaçlı her türlü girişim, 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, yürüme analizi ile saç dökülmesine ilişkin tüm giderler,
20. Uyku bozuklukları (uyku apnesi dahil) ve horlama ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler ile uyku apnesi cihazları (CPAP ve uyku odası, kalibrasyon giderleri ile polisomnografi, uyku eeg'si,vb dahil),
21. Yaşlılıktan ileri gelen hastalıklar, geriatrik hastalıklar, demans hastalıkları, bunama ile ilgili rahatsızlıklar, uzun süreli bakım sağlayan sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, rehabilitasyon merkezlerindeki hizmet ve tedavi giderleri,
22. Omurga şekil bozuklukları tedavisi, skolyoz, kifoz, lordoz ile ilgili giderler, ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, konka hastalıkları, konka hipertrofisi Konka Bulloza, SMR, septoplasti, nazal valv cerrahisi) ile ameliyat ve girişimler,
23. Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar), tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,
24. 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,

25. 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,
26. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri, Her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık ve geriatrik hastalıklar,
27. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiraları ve kalibrasyonları (uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar
28. 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,
29. İnfertilite ile ilgili tüm işlemler (tüp bebek, spermiogram, follikül takibi, histerosalpingografi-HSG, yapay döllenme, tubaplasti, adhezyolizis, mikroenjeksiyon vb), tıbbi endikasyonu olmayan her türlü küretaj, düşük araştırması ile ilgili tüm giderler,sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri (RİA, vasektomi,tüp ligasyonu) ile ilgili tüm giderler, diğer doğum kontrol yöntemleri (hangi nedenle verilirse verilsin tüm doğum kontrol hapları, kondom, derialtı ve enjektabl hormon uygulamaları vb)ile ilgili giderler, iktidarsızlık, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri, peyronie ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil) cinsiyet değiştirme operasyonları ve her türlü sünnet (fimozis dahil) ile ilgili tüm giderler,
30. Koruyucu hekimlik hizmetleri, belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmadan veya tarama amaçlı yapılan tüm işlem giderleri (check-up, aşılama kontrol testleri, kanser markerları) Araştırma ve Deneysel Amaçlı Tanı ve Tedaviler Amerikan FDA (Food and Drug Administration) FDA kurumu tarafından onaylanmamış, deneysel aşamada olduğu kabul edilen, bilimselliği henüz kanıtlanmamış tüm tanı ve tedavi giderleri, Yatış Gerektirmeyen Hastane Hizmetleri, Ayakta tedavi katılım payı faturaları, süreli işyeri ve çalışan taramaları, doktorlarin talep etmiş oldukları kendi uzmanlık alanıyla ilintili olmayan tetkik ve tedavi bedelleri, bir tıp doktoru tarafından yapılmayan tetkik ve tedaviler ile ilgili tüm giderler, kontrol amaçlı yapılan EBT (Electron Beam Tomografi), VCT (Volumetric Computed Tomography) ve kalsiyum skorlama tetkik bedelleri, sanal kolonoskopi, sanal anjio ve buna benzer tarama amaçlı tetkikler, voiding sistoüretrografi, robotik cerrahi cihaz kullanım bedeli kapsam dışıdır.
31. Ses ve konuşma terapilerine ait tüm giderler,
32. Meslek hastalıkları, iş kazaları, üçüncü şahıs ödeme sorumluluğunda olan sağlık giderleri, ehliyetsiz araç kullanımı sırasında oluşan kazalar,

33. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri ile cinsel yolla bulaşan tüm hastalıklara ilişkin giderler (frengi, bel soğukluğu, kasık granülomu, genital herpes ve genital siğiller,genital ve anal molluscum kontagiosum vb.),
34. Sigortalının, hastalık sonucu çalışamamaması 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.
35. Alerji deri testleri (Deri prick testi, deri yama testi vb.) , Vitamin D testi teminat kapsamı dışındadır.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan TÜRKİYE SİGORTA Anlaşmalı Kurumlarında, poliçe özel şart ve limitleri dahilinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri (KKTC dahil) poliçe teminat kapsamında değildir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Poliçe üzerinde belirtilen limitler ve ödeme oranları her sigortalı için ayrı ayrı geçerli olup bu oran ve limitlerin üzerinde yapılan sağlık harcamaları hiçbir şekilde karşılanmaz.

Kalan limit, poliçe üzerinde belirtilen brüt limitten (“limit”), Sigortacı tarafından ödenen tazminat tutarları ile sigortalı tarafından karşılanan katılım payı tutarları toplamının düşülmesi ile hesaplanır. SGK tarafından alınan katılım payı bu hesaplamanın dışındadır.

Türkiye Sigorta ile işbu ürün için anlaşmalı olmayan kurumlarda yapılan her türlü harcama, olayın acil veya kaçınılmaz olup olmamasına bakılmaksızın kesinlikle teminat kapsamı dışındadır.

Türkiye Sigorta iş bu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumlar listesinde değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Anlaşmalı Kurumlar listesinin güncel hali www.turkiyesigorta.com.tr adresinde yer almaktadır.

8. SİGORTAYA KABUL VE GİRİŞ İŞLEMLERİ

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, SGK tarafından kapsama alınan, T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden / edecek, doğum tarihinden itibaren 15 günü tamamlamış bebekler ve 60 yaşından gün almamış kişiler sigortaya kabul edilirler. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar poliçelerini devam ettirebilir ancak

poliçe teminatlarından faydalanamaz. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden geçerli olur.

Sigortalının yıl içinde eşini poliçeye dâhil etmek istemesi halinde, evlilik tarihin takip eden 30 gün içerisinde başvuru formu doldurarak sigortacıya başvurması gereklidir. Sigortacı tarafından yapılacak olan risk değerlendirmesi sonucunda, sigortalanma kararı verildiği takdirde belirlenecek ek prim karşılığında sigorta kapsamına alınabilir. Bu sürenin aşılması durumunda ancak yenileme döneminde başvurulabilir.

Sigortalının yıl içinde doğan bebek/leri ve/veya evlat edinilen küçük/lerini poliçeye dahil etmek istemesi halinde doğum tarihinden ve/veya evlat edinilme tarihinden itibaren 60 gün içerisinde sigortacıya başvurması gerekmektedir. Bu süre içinde (60 gün) hastaneden taburcu olması gerekir. Doğum tarihinden ve/veya evlat edinilme tarihinden itibaren 14 gün (15.gün) sonra belirlenecek ek prim karşılığında sigorta kapsamına alınabilir. Bu sürenin aşılması durumunda aile poliçesine ancak yenileme döneminde dahil olabilir.

Bu üründen 59 yaşından önce sigortalanan kişilerin poliçeleri 60 yaşından sonra da devam ettirilebilir.

Yeni doğan bebekler için 60 gün içerisinde başvuru formu ekinde bebeğin sağlık durumunu belirtir doktor raporunun sigortacıya iletilmesi gerekmektedir. Bu süre içinde (60 gün) hastaneden taburcu olması gerekir. Sigortacı tarafından yapılacak olan risk değerlendirmesi sonucunda, sigortalanma kararı verildiği takdirde doğum tarihinden ve/veya evlat edinilme tarihinden itibaren 14 gün (15.gün) sonra, belirlenecek ek prim karşılığında sigorta kapsamına alınabilir. Bu sürenin aşılması durumunda ancak yenileme döneminde başvurulabilir.

9. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

9.1. **Diğer Sigorta Şirketi Geçişleri**

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde; kesintisiz 1 tam yıl sigortalık dönemi bulunmayan sigortalıların diğer sigorta şirketindeki ilk kayıt tarihleri devir alınmaz, Türkiye Sigorta'da ki sigortaya giriş tarihi ilk kayıt tarihi olarak kabul edilir. Türkiye Sigorta'ya geçiş olarak alınan sigortalılara her koşulda Doğum Teminatı için 1 yıl bekleme süresi uygulanır. Geçiş olarak alınan sigortalılar için, Türkiye Sigorta'da mevcut seçilen ürünün özel şartları ve teminatları geçerli olacaktır. Hakların devri, önceki sigorta şirketinin özel şart ve teminatlarının devri anlamını taşımaz. Başvuru esnasında, başka sigorta şirketinden poliçesi olduğunu beyan etmeyen sigortalıların poliçe dönemi içerisinde geçiş hakkı talepleri değerlendirmeye alınmaz.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen tüm sigortalı giriş taleplerinde (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi

arasında kalan süreye bağlı olarak Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır. Bu prim poliçenin ödemeleri tamamlanmış ise peşin olarak, tamamlanmamış ise kalan vade sayısına bölünürek tahsil edilir.

Başka sigorta şirketinden veya Türkiye Sigorta'nın herhangi bir sağlık poliçesinden Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına kabulünde;

- Önceki sağlık poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde Şirketimize başvurulmalıdır.
- Önceki sağlık sigortasında en az bir tam yıl sigortalı olunmalıdır. Ancak aile poliçelerinde ferdin 1 tam yılını doldurması şartı ile aileye gün esaslı giriş yapan kişilerinde kazanılmış hakları korunacaktır.

Sigortacı sigortalı adaylarının önceki poliçelerinde kazanılmış haklarının devamına, şirketimizdeki geçmiş sigortalılık bilgileri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. Sigortacı, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününe ait Özel Şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/ hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

9.2.Türkiye Sigorta'da Grup Sağlık Sigorta Kapsamında Olan Sigortalıların Bireysel Sağlık Poliçelerine Geçiş Şartları

Grup sigorta sözleşmesi kapsamında olup, emeklilik, şirketten ayrılma veya sigorta sözleşmesinin hiçbir şirketten yapılmaması nedeni ile grup sağlık sigortası kapsamından çıkan ve grup sağlık sigortası kapsamında kesintisiz olarak en az 12 ay süre ile sigortalanmış olan personel/bağımlılarının; sözleşme kapsamından çıktığı tarihten itibaren en geç 30 gün içerisinde en son sağlık sigorta sözleşmesindeki muadil veya daha düşük teminatlı plandan risk değerlendirmesi yapılarak ve ilk kayıt tarihi korunarak, tüm aile bireyleri ile birlikte Türkiye Sigorta'nın belirleyeceği koşullarla sigortalanabilir.

Sigortacı sigortalı adaylarının grup poliçesinde kazanılmış haklarının devamına, beyanları, geçmiş sigortalılık bilgileri ve grup sağlık sigortası sözleşme/protokol koşullarına göre inceleyerek karar verir. Sigortacı, bireysel sağlık sigortası ürününe ait özel şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi, katılım, limit, bekleme süresi v.b uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

10.TAZMİNAT ÖDEMELERİ

Bu poliçenin geçerli olduğu Türkiye Sigorta'nın anlaşmalı kurumlarında poliçe teminat kapsamı dahilindeki ayakta ve yatarak tedavilerde yapılacak sağlık giderlerine ait faturalar; kuruma verilecek provizyon onayı sonrasında sigortacı tarafından doğrudan kuruma ödenecek, provizyona konu evraklar ve faturalar ilgili kurum tarafından sigorta şirketine gönderilecektir.

Sigortalı'nın TÜRKİYE SİGORTA'dan provizyon onayı almayıp, kendi yaptığı sağlık harcamalarına ait giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet (sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kaza tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb. tüm belgeler bulundurulmalıdır.

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği TÜRKİYE SİGORTA ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanabilmesi için sigortalı, TÜRKİYE SİGORTA'ya her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür. (Hakların Devri İlkesi)

9. 11.RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME

Sigorta şirketi, yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı, SAGMER'e iş bu Sigorta Poliçesindeki sigortalılara ait poliçe ve sağlık bilgilerini ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi, iş bu sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında şirketçe alınmış her türlü bilginin (hasar, teminat detayları, sağlık bilgileri, kişisel bilgiler vb.) talep edilmesi durumunda resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmiş sayılmaktadır.

10. 12.PRİM TESPİTİ

10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

10.1.1. Tarife Primi

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

genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak değiştirebilir.

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

10.1.2. Poliçe Primi

Tarife primleri baz alınarak 'Prime İlişkin Düzenlemeler' bölümünde tanımlanmış ek prim ve/veya indirimlerin uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen primdir.

10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler

10.2.1. Prim Fark Zeyili

Poliçe yenilendikten sonra, bir önceki poliçe dönemine ait yapılacak tazminat ödemelerinin sigortalının tazminat / sağlık net prim oranınını değiştirerek yenilenen poliçenin primini arttırması durumunda Sigortacı oluşacak fark primini, sigorta ettirenden zeyilname ile talep eder.

10.2.2. Risk Ek Primi

Sigortalı adayının sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda belirlenen ek primdir. Sigortacının uygulayacağı risk ek primi her bir hastalık için %200 'ü geçemez.

Yenileme Garantisi almış sigortalılarda, bu hak verildikten sonra ortaya çıkan hastalıklar için risk ek primi uygulanmaz.

13.SİGORTANIN YENİLENMESİ VE YENİLEME GARANTİSİ

Sigorta Ettiren, vadesi dolan tamamlayıcı sağlık grup sigortası poliçesini mevcut olan sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden önce en erken 30 gün veya bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yaptırmak için Sigortacıya başvurması gerekmektedir.. Poliçe yenilemesinin 30 günü geçmesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalanacak bir müşteri olarak kabul edilir. Yenilemede risk analizi değerlendirme sonucu katılım payı, muafiyet, üst limit, medikal ek prim uygulanabilir veya sigortalanmayabilir.

Sigortacı tarafından poliçe özel şartlarında, bekleme sürelerinde, teminat dışı kalan hallerde, teminatlarda, teminat limitlerinde, sigorta primlerinde değişiklik yapılabilir. Bu değişiklikler her bir sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur. Devam eden poliçeler için tanzim edildiği tarihteki şartlar geçerlidir, poliçe yılı içinde plan değişikliği yapılamaz.

Yeniden Risk Değerlendirmesi Yapılmaksızın Teminat Verilmesi Garantisi, 23.10.2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği hükümlerine tabidir ve aşağıdaki şartlar dahilinde yapılacaktır.

Sigortalının Yenileme Garantisi değerlendirmesinin yapılabilmesi için;

- Türkiye Sigorta'da 36 ay kesintisiz poliçesinin devam etmesi
- YG yılında sigortalı yaşının 56 ve altında olması
- Son 3 yıllık H/P oranının ortalaması %70 in altında olması
- Yenileme Garantisi verilmesine engel bir sağlık riskinin olmaması

Koşullarını yerine getirmesi gerekir.

" Yenileme Garantisi" hakkı kazanan sigortalıların mevcut üründe devam etmesi durumunda tekrar risk analizi değerlendirmesi (kapsam dışı, üst limit, ek prim ve katılım payı vb.) yapılmaz. Ancak sigortalının " Yenileme Garantisi" hakkı kazandıktan sonra farklı bir ürün/plana geçmek istemesi durumunda sigorta şirketince yeniden risk analizi yapılır ve şirketçe uygun bulunması durumunda söz konusu ürüne geçiş yapabilir.

Farklı şirketten TAMAMLAYICI GRUP SAĞLIK SİGORTASI'na yapılacak geçişlerde yenileme garantisi olsun olmasın risk analizi yapılacak, yapılan değerlendirme sonucunda kapsam dışı, üst limit, katılım payı, ek prim vb. uygulamalar veya başvurunun reddedilme durumu söz konusu olabilecektir.