

VİP SILVER , VIP GOLD , VIP PLATINUM BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Aşağıdaki Özel Şartlar 01 Haziran 2011 tarihinden itibaren geçerlidir.

1- SİGORTA TEMİNATININ KONUSU

Ergo Sigorta(bundan sonra Sigortacı olarak geçecektir), bu sigorta poliçesi ile, sigortalının, hastalık ve kazaların yaratacağı sağlık giderlerini, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve bu Özel Şartlarda yazılı hususlarla, ilgili ürüne ait teminat ve limitler dahilinde teminat altına alır.

2- TANIMLAR

SAĞLIK KURUMU:

Bulunduğu ülkenin yasalarına uygun olarak ruhsatı olan, her zaman en az bir ruhsatlı doktor ve hemşire bulduran ve bilimsel tedavi metodları kullanarak cerrahi yada diğer sağlık hizmetlerinin verildiği yataklı sağlık kuruluşlarıdır.

DOKTOR:

Bulunduğu ülkenin yasalarına uygun olarak çalışma ruhsatı olan, hastane veya kliniklerde görev alan veya muayenehane açabilen kişidir.

ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU:

Sigorta sözleşmesi ile birlikte sigortalıya anlaşmalı kurumlar listesi ile (kuruluş anlaşmalarında belirli aralıklarla güncelleme işlemi yapılmakta olup listenin en son güncel hali www.ergoisvcre.com.tr adresinde yer almaktadır) sağlık sigortası kartı verilir. Sigortalılar bu anlaşmalı kurumlarda tedavi olduklarında sigortacı dan provizyon almak koşulu ile sigorta sözleşmesinde kayıtlı limitler, özel ve genel şartlar dahilinde sağlık hizmetlerinden faydalanabilirler.

ANLAŞMALI OLMAYAN SAĞLIK KURUMU:

Poliçe ekinde verilen " Anlaşmalı sağlık kurumları listesi" nde bulunmayan veya bu listede bulunduğu halde poliçe ve/veya ilgili teminat için geçersiz olduğu belirtilmiş hastane , laboratuvar, poliklinik, münferit tıp doktorları, eczane vb... özel ve / veya tüzel kişiler ile bu kişilerin bünyesinde hizmet verdiği halde, bu kişilerle sigortacı'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul etmeyen veya kendi faturasını düzenleyen doktorları kapsamaktadır.

HASTANEDE YATIŞI GEREKTİRMEYEN DURUMLAR

Ayakta tedavi ile tespit/tedavi edilebilecek ve gözlem altında bulunmayı gerektirmeyen durumlar.

ANLAŞMALI ECZANE:

Sigortalıların hastanelerden ve doktorlardan aldıkları reçetelerini temin edebilecekleri sigorta sözleşmesi ekinde belirtilen özel anlaşmalı eczanelerdir.

YILLIK LİMİT:

Sigortalı'nın Sigorta Sözleşmesi süresince teminat tablosunda belirtilen teminatlarla ve poliçe üzerinde belirtilmiş olan hastalıklarla ilgili harcamalarından Sigortacı tarafından karşılanacak yıllık azami tutardır.

MUAFİYET:

Sağlık giderlerinde özel şartlar gereği ödenebilecek olmasına rağmen sigortacı tarafından sözleşme gereği karşılanmayacak olan sigortalının ödemeyi üstlendiği kısımdır. Muafiyet herhangi bir özel veya kamusal sigorta veya sandık, kurum tarafından karşılanmayıp, sigortalının cebinden çıkan tutar olarak hesaplanacaktır.

KAZA:

Ani ve harici bir olayın etkisi ile sigortalının iradesi dışında fiziksel bir etki altında kalmasıdır.

RİSK:

Tarafların isteği ve kontrolü dışında oluşan, gelecekte ortaya çıkabilecek olan bir olaydır.

ÖNCE DEN VAROLAN HASTALIKLAR:

Sözleşme yapılırken veya daha öncesinden mevcut olup; sigortalının bildiği veya bilmediği ve bildiği halde beyan etmediği veya beyan ettiği her türlü rahatsızlıklar ve şikayetler.

İSTİSNA:

Sigorta sözleşmesinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan şikayet ve hastalıkların, sigortacının risk değerlendirmesi sonucunda sigorta teminatı dışında tutulmasıdır.

ACİL DURUM:

Acil haller; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden en erken dönemde en yakın sağlık kuruluşuna başvurmasını gerektiren, ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır.

Günlük yaşamda sık karşılaşılan acil haller aşağıda yer almaktadır.

Ancak aşağıdaki tanımlamalar oldukça basitleştirilmiş şekilde, yol gösterici olmaları amacıyla yapılmışlardır. Tıbbi bilgisi olmayan kişilerin sadece aşağıdaki bilgilere dayanarak ya da bir sağlık personelinin kendisine telefonda iletilen bilgilere dayanarak aciliyet değerlendirmesi yapması zaman zaman mümkün olmayabilir. Sağlık durumunun aciliyet teşkil edip etmediğinin sigortacı tarafından değerlendirileceğini unutmayınız.

- Suda Boğulma: Solunum ya da kalp durması durumları veya hastanın genel durumda boğulmaya yol açacak derecede akciğerlere su girişinin olduğu durumlar.
- Trafik Kazası: Omurga yaralanmaları ve kanamalı kırıkların olduğu akut durumlar. O an için hastanın durumunu etkilemese bile iç kanamaya yol açabilecek ciddiyette göğüs, karın ya da kafa travmaları. Vücutta büyük kanamaya yol açan; araç parçalarının yol açtığı kesici, delici yaralanmalar.
- Yüksekten Düşme: Trafik kazalarında anlatılan durumun aynısı
- Ciddi İş Kazaları, Uzun Kopması: 2. maddedeki durumlara ek olarak yapılan işe has acil durumlar. Örn: Zehirli gazların solunması, kimyasal maddelerin içilmesi ya da kişinin üzerine dökülmesi, parmak, el, ayak, kol veya bacağın kısmen ya da tamamen kopması.
- Elektrik Çarpması: Yanık, organ hasarı yapabilecek ya da kalp ritmini bozabilecek derecede ciddi elektrik çarpmaları.
- Donma, Soğuk Çarpması: Hayati fonksiyonları etkileyecek şoka götürebilecek, uzuvlarda kangren yapabilecek derecede soğuğa maruz kalınması.
- Isı Çarpması: Kalp ritmini, tansiyonu ya da bilinç durumunu etkileyecek derecede güneş etkisinde ya da sıcak ortamda kalma durumları.
- Ciddi Yanıklar: Büyük sıvı kaybına, organ kaybına ya da cilt hasarına yol açabilecek genişlikte ateş, kimyasal madde, elektrik vb. yanıkları. Solunum yollarında daralmaya yol açabilecek derecede duman ya da sıcak hava solunmuş olması.
- Ciddi Göz Yaralanmaları: Gözde hasara yol açabilecek ciddiyette kesici, delici alet yaralanması, kurt travma ya da kimyasal madde teması.
- Zehirlenmeler: Olay anında yaşamsal fonksiyonları bozmuş olan ya da ilerleyen saatlerde bozma ihtimali yüksek olan maddelerin ağızdan alınması, kimyasal maddelerin cilde teması ya da zehirli gazların solunması.
- Ciddi Alerji, Anafilaktik Tablolar: Kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları.
- Omurga ve Alt Ekstremitte Kırıkları: Büyük dış veya iç kanamaya yol açan bacak kırıkları ve her türlü omurga kırıkları.
- Dekompresyon Hastalığı: Mesleki, sportif vb. nedenlerle derin dalış durumundayken kontrolsüz ve hızlı şekilde yüzeye çıkılması nedeniyle oluşan, halk arasında vurgun yemek olarak tabir edilen durum.
- MI, Aritmi, Hipertansiyon Krizler: Geçirilmekte olan kalp krizi, acil tedavi gerektiren kalp ritmi bozukluğu türleri, kan basıncının beyin kanaması vb. ciddi durumlara yol açabilecek derecede yükselmesi.
- Astım Krizi, Akut Solunum Problemleri: Geçirilmekte olan astım krizi, ciddi solunum yetersizliğine yol açabilecek suda boğulma, yabancı cisim yutma, alerjik reaksiyon, solunum yolu yanıkları.
- Şuur Kaybına Neden Olan Her Türü Durum: Kişinin bilinç durumunda bozulmaya yol açabilecek bayılma, kalp travması, sara krizi vb. durumlar.
- Ani Felçler: Beyin kanaması, omurga yaralanması vb. nedenlerle kişinin uzuvlarının ya da tüm vücudunun hareket kabiliyetini ya da hissetme kabiliyetini yitmesi.
- Ciddi Genel Durum Bozukluğu: Yaşlılık, besin yetersizliği, yetersiz bakım, uzun süren ağır hastalık vb. nedenlerle kişinin sağlığının genel anlamda tehlikeli olabilecek derecede bozulması.
- Yüksek Ateş: Zehirlenme, infeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konvazyona (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede yükselmesi. Ortalama 39,5°C ve üzeridir fakat bunun altında da olabilir.
- Diabetik ve Üremik Kanama: Diabet (şeker hastalığı) ve böbrek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar.
- Genel Durum Bozukluğunun Eşlik Ettiği Dializ Hastalığı
- Akut Batın: Mide, barsak gibi içi boş organların delinmesi, barsak tıkanması ya da düğümlenmesi, safra yollarının taş veya iltihap nedeniyle tıkanması, apandisit, pankreatit gibi ciddi

organ iltihaplanmaları, barsak ya da periton arterlerinde tıkanma vb. gibi acil cerrahi müdahale gerektiren, karın içi organlarla ilgili hastalıkların ortaya çıkması.

- Akut Masif Kanamalar: Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar.
- Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi: Sinir sistemi fonksiyonları dolayısıyla da yaşamsal fonksiyonları etkileyebilecek bilinç durumunda değişikliklere yol açabilecek beyin ve beyni çevreleyen zarla ilgili iltihabi, infektif hastalıklar.
- Renal Kolik: Böbrek taşlarının yol açtığı, ilerlemesi durumunda idrar yolu ya da böbrek hasarına yol açabilecek şiddetli ağrı oluşturan durum.
- Migren ve/veya Kusma, Şuur Kaybıyla Beraber olan Baş ağrıları: Şiddetli baş ağrısı ve kusmanın bir arada olduğu nedeni bilinmeyen durumlar. Baş ağrısını bilinç kaybının takip ettiği durumlar.
- Yeni Doğan Komaları: Yeni doğanlarda bilinç kaybına yol açan her türlü durum.

TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ ASGARI ÜCRET TARİFESİ:

Türk Tabipler Birliği tarafından yayınlanmış ve sağlık alanında uygulanan tüm işlemlerin sabit bir birimle belirlenmiş olduğu tarifedir.

TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ KATSAYISI:

Belirli dönemlerde Tabip Odaları tarafından açıklanan ve yukarıda tarifi yapılan birimlerle çarpılmak sureti ile sağlık alanında uygulanan işlemlerin asgari ücretini belirlemeye yarayan katsayıdır.

ALTERNATİF TIP:

Akupunktur, ayurveda, Çin tedavisi, homeoterapi, bitkisel tedavi, biyoenerji vb. gibi geleneksel tedavi yöntemleri.

SAĞLIK BEYANI

Başvuru formunda belirtilen sağlık durumu ile ilgili sorular doğrultusunda sigortalının veya sigorta ettirenin sigortalı adına vermiş olduğu cevaplardır. Sigortalılardan ömür boyu yenileme yenileme garantisi hakkı verilene kadar her yıl sağlık beyan formu doldurulması istenecektir.

RİSK KABUL YÖNETMELİĞİ

Sigortacının poliçe özel şartları ve mevcut sağlık ürünleri doğrultusunda hazırladığı sigortaya kabul kriterleri, istisna, ek prim ve limit uygulamaları gibi bilgilerin yer aldığı yönetmeliktir.

KÖTÜYE KULLANMA

Sigortalının herhangi bir hastalık, kaza veya açıklanabilir bir duruma bağlı olmaksızın aşırı kullanılmasıdır.

KADROLU DOKTOR

Sigortalının tedaviyi gerçekleştirdiği anlaşmalı sağlık kuruluşun kadrosunda görevli olan doktordur.

KADROLU OLMAYAN DOKTOR

Sigortalının tedaviyi gerçekleştirdiği anlaşmalı sağlık kuruluşunun kadrosunda görevli olmayan doktordur.

ERGO BEBEĞİ

Ebeveynlerinin her ikisinde Ergo Sigorta'da en az 1 yıl aynı poliçede aynı teminatlarla sigortalı olmaları ve annenin doğum teminatına hak kazanması koşulunda yenidoğan doğduğu günden itibaren tüm hastalıkları ile sigortalanır. Doğumu izleyen 15 gün içinde bebeğin poliçeye eklenmemesi halinde bu hakkını kaybeder. Sigortalının doğum masraflarını başka bir güvenlik kuruluşundan karşılaması halinde, bu haktan yararlanabilmesi için doğum eyleminden bir ay önce bebeğin sigortalanmasına yönelik sigortacıya bildirimde bulunulması gerekir.

Ergo Bebeği hakkının sürmesi için Anne ve Babanın çocukla birlikte ve aynı teminatlarla sigortalanmaya devamı gerekir.

3- SÖZLEŞME TEMİNATLARI

Bu teminatlar poliçede yazılı olan limit ve teminat kapsamı dahilinde geçerlidir. Poliçe başlangıcı sırasında belirlenen teminat ve limitler poliçe yılı içerisinde değiştirilemez. Yenileme dönemlerinde de teminat ve limit arttırımına yönelik talepler risk değerlendirme biriminin görüşleri doğrultusunda değerlendirilir.

A-YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

A.1 –Yatarak Tedavi Giderleri

“Türk Tabipler Birliği asgari ücret” tarifesinde belirtilen (safra kesesi ameliyatı, mide ameliyatı, fıtık ameliyatı vb.) 149 birimin üzerinde olan ve/veya hastanede en az 24 saat kalmayı gerektiren her türlü durum bu teminattan karşılanır. Hastaneye yatmadan da tedavisi mümkün olan hastalıkların yatarak tedavi edilmesi halinde masraflar bu teminat dışında kalır.

1.VIP SILVER; B tipi anlaşmalı kurumlarda; o kurumun kadrolu uzman doktoru tarafından yada sigortacının B tipi anlaşmalı doktorları tarafından yapılacak TTB asgari ücret tarifesine göre 149 birimin üzerindeki cerrahi girişimler %100 kapsamla karşılanır. TTB asgari ücret tarifesine göre 149 birim ve altındaki işlemler %100 kapsamla karşılanır. Doktorun akademik ünvanı olduğu durumlarda da kadrolu uzman doktor ücreti kadar ödeme yapılır.

Anlaşmalı sağlık kurumlarında kurumun kadrolu olmayan doktorları ve anlaşmasız sağlık kurum doktorları ile anlaşmasız doktorlar için Türk Tabipler Birliği asgari ücret tarifesinin en fazla 1 katı kadar ödeme yapılır. Anlaşmasız kurumlarda yapılacak cerrahi yada medikal yatış giderleri ise poliçe özel ve genel şartlarına uygun olarak %60 kapsamla karşılanır.

Sigortalının kendi isteği doğrultusunda refakat ücreti talep etmediği durumlarda hastanenin kadrolu uzmanı olmayan doktorları ve anlaşmasız doktorlar için Türk Tabipler Birliği asgari ücret tarifesinin en fazla 1,1 katı kadar ödeme yapılır.

Acil durumlarda , anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen tedavilerde aciliyet ortadan kalkana kadar ancak her halukarda en fazla 2 gün içindeki hastane giderleri sağlık kurumunun anlaşmalı olup olmadığına bakılmaksızın poliçe özel şartları çerçevesinde ödenir. Tedavinin 2 günü aşması durumunda; sigortalının tedaviye aynı kurumda devam etmek istemesi ve sigortacının onaylaması halinde poliçe özel şartları çerçevesinde anlaşmalı kurum koşullarında ödeme yapılır. Sigortacının onayı olmadığı durumlarda poliçe özel şartları çerçevesinde anlaşmasız kurum koşullarında ödeme yapılır. Sigortalının bulunduğu kurumdan anlaşmalı kuruma acil nakli sigortacı tarafından sağlanacaktır.

2. VIP GOLD; Florance Nightingale Hastaneler grubu hariç anlaşmalı / anlaşmasız tüm kurumlarda; o kurumun kadrolu uzman doktoru tarafından yada sigortacının anlaşmalı doktorları tarafından yapılacak TTB asgari ücret tarifesine göre 149 birimin üzerindeki cerrahi girişimler %100 kapsamla karşılanır. TTB asgari ücret tarifesine göre 149 birim ve altındaki işlemler %100 kapsamla karşılanır.

Doktorun akademik ünvanı olduğu durumlarda da kadrolu uzman doktor ücreti kadar ödeme yapılır.

Anlaşmalı / anlaşmasız sağlık kurumlarında kurumun kadrolu olmayan doktorları ile anlaşmasız doktorlar için Türk Tabipler Birliği asgari ücret tarifesinin en fazla 2 katı kadar ödeme yapılır. Florance Nightingale Hastaneler grubunda yapılacak cerrahi yada medikal yatış giderleri ise poliçe özel ve genel şartlarına uygun olarak %70 kapsamla karşılanır.

Sigortalının kendi isteği doğrultusunda refakat ücreti talep etmediği durumlarda hastanenin kadrolu uzmanı olmayan doktorları için ve anlaşmasız doktorlar için Türk Tabipler Birliği asgari ücret tarifesinin en fazla 2,1 katı kadar ödeme yapılır.

Acil durumlarda , anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen tedavilerde aciliyet ortadan kalkana kadar ancak her halukarda en fazla 4 gün içindeki hastane giderleri sağlık kurumunun anlaşmalı olup olmadığına bakılmaksızın poliçe özel şartları çerçevesinde ödenir. Tedavinin 4 günü aşması durumunda; sigortalının tedaviye aynı kurumda devam etmek istemesi ve sigortacının onaylaması halinde poliçe özel şartları çerçevesinde anlaşmalı kurum koşullarında ödeme yapılır. Sigortacının onayı olmadığı durumlarda poliçe özel şartları çerçevesinde anlaşmasız kurum koşullarında ödeme yapılır. Sigortalının bulunduğu kurumdan anlaşmalı kuruma acil nakli sigortacı tarafından sağlanacaktır.

3.VIP PLATINIUM ; Anlaşmalı / anlaşmasız tüm kurumlarda; o kurumun kadrolu uzman yada akademik ünvana sahip doktorları tarafından yada sigortacının anlaşmalı doktorları tarafından yapılacak cerrahi girişimler %100 kapsamla karşılanır.

Anlaşmalı / anlaşmasız tüm sağlık kurumlarında kurumun kadrolu olmayan doktorları ile anlaşmasız doktorlar için Türk Tabipler Birliği asgari ücret tarifesinin en fazla 3 katı kadar ödeme yapılır.

Rahatsızlığın tedavisi için gerekli tıbbi teknoloji ve bilginin Türkiye' de mevcut olmadığı yönünde Sağlık kurulu kararı alınması durumunda yurt dışında hastanede yatarak yapılması gereken tedaviler, ameliyatlara poliçede belirtilen limit dahilinde özel ve genel şartlar kapsamında karşılanır. Sağlık kurulu sigortalıyı tedavi eden hekim, sigorta şirketi tarafından belirlenen hekim ve bu iki hekimin onayı ile belirlenecek üniversitede öğretim görevlisi olan üçüncü bir hekimden oluşur. Doğuştan gelen hastalıklar bu teminat kapsamında yer almamaktadır.

A.2- Hastane oda, yoğunbakım, refakat giderleri

Sigortalının yatar hasta olarak tedavi gördüğü sağlık kuruluşunda yattığı her tam gün için sağlık kuruluşunda yatış sebebini belirten tıbbi bir raporun eklenmesi ile hastane , refakat, yemek giderleri özel ve genel şartlara uygun olarak poliçede belirtilen limit ve % muafiyet oranında ödenir. Hastanede kişi başına kalış gün süresi sigorta sözleşmesi yılı süresince 180 gün olup yoğun bakımda yatış gün süresi bu süre içinden 90 gün ile sınırlıdır. Normal oda yatışlarında 1 gün , yoğun bakım yatışı ise 2 gün üzerinden hesaplanarak toplam yatış süresi olan 180 günden düşülür.

Hastane oda ücretlerinde, tek kişilik 1. Sınıf hastane oda ücretleri esas alınır.

A.3 –Kemoterapi_Radyoterapi_Dializ giderleri

Kemoterapi, radyoterapi ve dializ ile ilgili tüm masraflar poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

A.4- Hastane içi tedavi giderleri

Sigortalının yatar hasta olarak tedavi görmesi sırasında ,hastane oda, refakatçı ve ameliyat masrafları dışında kalan harcamaları (doktor ,ilaç, tahlil, röntgen gibi) yatılan her tam gün için poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

A.5- Ameliyat öncesi/sonrası tetkik teminatı

Ameliyatla sonlanan bir tedavinin en fazla iki ay öncesinde ve ameliyatı takiben sigortalının hastaneden taburcu olmasından en fazla iki ay sonrasında aynı sağlık sorunu ile ilgili olmak üzere yapılan tanı ve takibe yönelik tetkikler poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

A.6- Suni uzuv giderleri

Sigortalının poliçe süresi içinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu işlev kaybına uğramış bir organının işlevlerini yerine koyma amacıyla; tedavisinin suni uzuv gerektirmesi halinde gerekli olacak suni uzuv (suni el, kol, bacak ve ayak gibi) poliçede bu teminat için yazılı tutar ve ödeme yüzdesi dahilinde yazılı limit kadar karşılanır. Suni uzuv teminatı sadece kullanılan aparat (malzeme) içindir. Önceden varolan maluliyetler için kullanılacak suni uzuvlar , önceden varolan suni uzuvların yenilenmesi , diş protezleri , penil protez ve meme protezi poliçe kapsamı dışında olup sadece; Şirketimizde sigortalı olduğu dönem içinde meme kanseri cerrahisi geçiren tek yada çift memesini tamamen kaybeden kadınlar için meme protezi,hastane ve doktor giderlerinin tamamı ,tüm sigortalılık süresi boyunca sadece 1 kez poliçede tanımlı olan teminat limitinden ödenir.Bu biçimde sigorta şirketi tarafından ödenmiş olan ameliyatlara bağlı komplikasyonlar yada protezin tekrar değiştirilmesine ilişkin hiçbir gider teminat kapsamında değildir.

A.7-Ameliyat malzemeleri

Sigortalının poliçe teminatları kapsamına giren ameliyatları için gerekebilecek canlı yada kadavradan alınan doku ve plak, vida, çivi , tel, fixatör,stent, ventilasyon tüpü, şant suni damar, greft, IOL, port, gibi implant edilen inorganik malzemeleri ve bu malzemelerin implantı için gerekli alet ve cihazların kullanımı, kalp pili , kalp kapakçığı , eklem protezleri (kalça , diz , disk vb. protezi) poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

A.8- Küçük Müdahaleler

Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen 149 birimin altında olan müdahaleler (her türlü atel ve alçı uygulaması gerektiren durumlar; mide yıkanması; yanık debridmanı ve pansumanı; yara pansumanı; her türlü yara dikişi; sonda uygulanması; yabancı cisim çıkarılması; burun tamponu; serum takılması; tırnak çekilmesi ve tırnak yatağı revizyonu; maksiller sinüs ponksyon ve lavajı; abse ve hematoma drenajı; koterizasyon; kriyoterapi vb. işlemler) ve hastanede 24 saatten az müşahade altında tutulmayı gerektiren zabıtlı trafik kazaları ; zehirlenmeler ve acil medikal yatışlar bu teminattan karşılanır.

A.9- Evde Bakım

Sigortalının anlaşmalı sağlık kuruluşundaki yatarak tedavi sonrasında , söz konusu tedavinin devamı için ; sadece tıbbi yada yardımcı tıbbi personel tarafından yapılan evde tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin giderler, poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde bu teminattan karşılanır. Bakım ve tedavi sırasında kullanılan basit sarf malzemelerinin dışında kalan tıbbi cihazlara (solunum cihazı,havali yatak, çok fonksiyonlu hasta karyolası,oksijen tüpü, pamp cihazları vb.) ait kiralama yada satın alma giderleri teminat kapsamında değildir. Evde bakım hizmetinin uygulanabilmesi için sigortacı, sigortalı ve sigortalının doktorunun onayı olması gerekmektedir. Evde bakım süresi bir sigorta yılı için devamlı yada aralıklarla Vıp Gold poliçesinde 1 ayı, Vıp Platinum poliçesinde ise 2 ayı geçemez. Vıp Silver poliçesinde bu teminat yer almamaktadır.

A-10 Tıbbi Malzeme Teminatı

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak vücuda dışardan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir kişiye özel atel,elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, varis çorabı, boyunluk , dizlik, bileklik, kol askısı, oturma simidi, koltuk değneği, aerochamber cihazından ibaret tıbbi malzemeler poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

A-11 Ameliyat sonrası fizik tedavi ve rehabilitasyon teminatı

Ameliyat veya yoğun bakım gerektiren bir tedaviden sonra, iki ay içerisinde gerçekleşen ve söz konusu tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın Vıp Silver poliçesinde 5 seans , Vıp Gold poliçesinde 7 seans ve Vıp Platinum poliçesinde 10 seans ile sınırlı olup teminatın limitleri, poliçenin özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

A-12 Kontrol amaçlı mammografi:

40 ve üstü yaşlardaki bayan sigortalıların kontrol amaçlı tıbbi bir talep olmaksızın yaptırdıkları mammografiye ait giderler, sigortacının önceden belirlediği sağlık kuruluşlarında yaptırılması koşulu ile yılda 1 kez %100 oranında karşılanacaktır. Bu teminatla ilgili yetkilendirilmiş olan kuruluşlar dışındaki giderler teminat dışındadır.

A-13 Kontrol amaçlı PSA (Prostat Spesifik Antijen) :

40 ve üstü yaşlardaki erkek sigortalıların kontrol amaçlı tıbbi bir talep olmaksızın yaptırdıkları PSA tetkikine ait giderler, sigortacının önceden belirlediği sağlık kuruluşlarında yaptırılması koşulu ile yılda 1 kez %100 oranında karşılanacaktır. Bu teminatla ilgili yetkilendirilmiş olan kuruluşlar dışındaki giderler teminat dışındadır.

A-14 Yurtdışı Seyahat Teminatı :

Yurtdışında kalış süresinin 30 günün altında kaldığı ve tedavi amaçlı olmayan yurt dışı seyahatleri esnasında oluşabilecek sağlık giderleri yurt içindeki koşullara tabii olarak poliçede yazılı yıllık teminat limiti ve % muafiyeti kapsamında karşılanır.

A-15. Kazaen dış tedavisi giderleri :

Sigortalının trafik kazası sonucu dış tedavisi ile ilgili giderleri, T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş hastane, klinik ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli dış doktorlarınca yapılması halinde poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Kaza sonucu hasar gören dişlerin her türlü tedavi giderleri (Diş ve diş eti cerrahisi dahil) diğer

teminatların kapsamı dışındadır. Kaza sonucu meydana gelen diş rahatsızlıklarının tedavi giderlerinin ödenebilmesi için, sigortalının kazayı takip eden 90 gün içinde tedavisini yaptırmış olması gerekmektedir. Kazaen diş tedavisi giderlerinin ödenebilmesi için, trafik kaza raporunun ve dişlerin hasar gördüğüne dair adli raporun fatura ile birlikte ibraz edilmesi gerekmektedir. Trafik kazası sonucu dişlerin uğradığı hasarların giderilmeleri dışındaki diş tedavilerine ait giderler ödenmez.

A-16 Check_Up teminatı

40 ve üstü yaşlardaki sigortalıların her yıl için başvuru formunda belirtilmiş check up panellerinden bir tanesini seçerek poliçe ekinde belirtilen sağlık kurumlarında önceden randevu ve provizyon alınması şartı ile kullanabileceği bir teminattır. Vıp Gold poliçesinde ayakta tedavi teminatı alınması koşuluyla yılda 1 kez %100 oranında , Vıp Platinum poliçesinde ise yılda 1 kez %100 oranında karşılanacaktır. Bu teminat poliçe priminin en az % 50 sinin ödenmesinden sonra kullanılabilir.

A-17 Doğum giderleri teminatı

Normal doğum, sezaryenle doğum, doğum ve gebeliğin neden olduğu rahatsızlıklar, düşük tehdi, gebelik kusmaları, doğum öncesi ve sonrası komplikasyonlar, hamileliğin 12.haftasından sonra gerçekleşen düşükler vb. özel ve genel şartlara uygun olarak poliçede belirtilen limit ve % muafiyet oranında karşılanır.

Doğum teminatında bekleme süresi 12 aydır.

Hamileliğin gerçekleşmesi durumunda 2 ay içerisinde sigortacıya bildirilmesi gereklidir.

Poliçede tanımlanmış yıllık limit gebeliğin birden fazla poliçe dönemine yayılması halinde gebeliğin başladığı poliçede belirlenmiş limit doğum gerçekleşene kadar devam eder. (doğumun yeni poliçeye sarkması halinde gebeliğin başladığı poliçede belirlenmiş limit kadar yeni limit yürürlüğe girer.)

Gebeliğin gerçekleşmesi durumunda teminat limiti arttırılmaz,

Üst teminatlı ürüne geçilmez,

Hasarsızlık indirimden yararlanamaz.

Diğer sigorta şirketlerinden birinde sigortalılıkları sona erdikten sonra sigortacı tarafından sağlık sigortası kapsamına alınan sigortalılara ilk yıl doğum teminatına ait giderler ödenmez.

Yeni doğan bebek ile ilgili giderler, doğumdan hemen sonra, bebek hastaneden çıkmadan, sağlıklı yeni doğan bebekle ilgili rutin doktor muayene, ilaç ve rutin tetkik (Açlık kan şekeri, tiroid tarama testi, fenilketonüri, kan grubu tayini) giderleri Annenin Doğum Giderleri teminatından kalan limit dahilinde ödenir. Ancak bebeğin kuvöz masrafları, doğuştan gelen rahatsızlıkları ve bunların komplikasyonları (Düşük tartıllık, prematürite, prenatal asfiksi, metabolik hastalık, doğum travması vb.) ve/ veya doğum giderlerinden karşılanacağı yazılı durumlar dışında tedaviye ihtiyaç doğması halinde; Ergo bebeği hakkını kazanmış ve poliçesi varsa yenidoğan ın kendi poliçesinden karşılanır.

[Kısırlaştırma (tüp ligasyonu) , spiral uygulaması , implanon vb..]gibi sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri poliçede belirtilen limitler dahilinde ilgili teminattan karşılanır. Sık tekrarlanan (doğum kontrol hapi, kondom vb.) doğum kontrol yöntemleri teminat kapsamı dışındadır.

B-AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Sigortalının yatar hasta olarak tedavi görmesi dışında, doktor, ilaç tahlil, ve röntgen masrafları sigorta sözleşmesinde belirtilen yıllık limit ve yüzde muafiyet oranında sigorta sözleşmesi özel ve genel şartlarına uygun olarak bu teminattan ödenir. Ayakta tedavi teminatı sadece T.C sınırları içinde geçerlidir.

B.1 -Doktor Muayene:

Hastanede yatar hasta olmaksızın, tıp doktoru tarafından yapılacak muayenelere ait giderler, serbest meslek makbuzuyla belgelenmesi durumunda ve doktor tarafından tam olarak doldurulmuş hastalık bildirim formu ekinde olmak koşulu ile sigorta sözleşmesinde yazılı yıllık teminat limiti, katılım /muafiyet oranında özel ve genel şartlara uygun olarak Ayakta Tedavi teminatından ödenir.

B.2 -Reçeteli İlaç:

Ruhsatlı bir hekim tarafından verilen ilaçlar, poliçede yazılı yıllık teminat limiti ve katılım /muafiyet oranında karşılanır..

Hastanede yatarak kullanılan ilaçlar, yatarak tedavi teminatından karşılanır.

B.3 -Tanı Amaçlı İnceleme:

Laboratuvar,röntgen, ultrasonografi,EKG,EMG,EEG, tomografi,MR,MR Anjio,Sintigrafi, endoskopi vb. tanı yöntemleri , poliçede yazılı yıllık teminat limiti ve katılım/ muafiyet oranında karşılanır..

B.4 -Fizik Tedavi :

Tibben gerekli görüldüğü belgelenmek kaydıyla, lisanslı bir doktor nezaretinde yapılan fizik tedavi giderleri, poliçede yazılı yıllık teminat limiti ve katılım/ muafiyet oranında karşılanır. Sağlık Bakanlığında ruhsatlı olmayan kuruluşlarda yapılan giderler karşılanmaz.

C. EK TEMİNATLAR

C.1. Yurtdışı Yatarak Tedavi

Bu teminat ek prim ödenmesi ve yatarak tedavi teminatının da alınması ile kapsama dahil edilir.

Yurtdışında yapılacak yalnızca Yatarak Tedavi Teminatı kapsamındaki işlemlerle ilgili giderler, tedavinin yapıldığı ülkenin parasının fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz efektif satış kuru esas alınarak, poliçe özel ve genel şartları ve poliçede belirtilen limitler dahilinde TL olarak ödenir.

Yurtdışında yapılan tedavi giderlerine ait faturalar ile birlikte, bu tedavilere ait rapor ve tetkiklerin Türkçe tercümeyle (İngilizce , Almanca ve Fransızca dilleri dışında) beraber sigortacıya gönderilmesi gerekmektedir.

Ancak sigortalının daha önceden sigortacı'nın provizyon merkezini arayarak yurt dışında planlanan tedavi ile ilgili ayrıntılı bilgi vermesi ve bu tedavinin teminat kapsamına girmesi halinde; sigortacının anlaşmalı olduğu asistans şirketi aracılığı ile teminat kapsamındaki ve sigortacı tarafından kabul edilen giderler için ödemeyi sağlık kuruluşuna yapabilir. Bu durumda sigortalı; teminatları tutarındaki ödemeyi yapmadan sağlık kuruluşundan ayrılabilir. Ancak yurt dışındaki sağlık kuruluşunun bu tür anlaşmaları kabul etmemesi halinde sigortacı sorumluluk kabul etmez.

Bir yıllık poliçe süresi içerisinde toplam altı aydan fazla yurt dışında kalınması durumunda, yurt dışı hastane hizmetleri teminatı olsa bile yurt dışında gerçekleşen giderler karşılanmaz. Madde 11 İstisnalar ve/ veya madde 12 bekleme sürelerinde yer alan koşullar bu teminat içinde geçerlidir.

4- SİGORTA SÖZLEŞME SÜRESİ

Sağlık sigortası sözleşme süresi 1 yıldır.

5 -TEMİNAT SAHASI

Sigorta Sözleşmesinin geçerli olduğu coğrafi bölge poliçede belirtilmiştir.

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe T.C sınırları dahilinde ikamet edenler sigortaya kabul edilir. Yurt dışı teminatlı poliçelerde T.C. sınırları dışındaki tedavilere ait giderler, tedavinin yapıldığı ülke parasının fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası efektif satış kuru esas alınarak poliçede yazılı limitler çerçevesinde ödenir.

6- BAŞVURU VE KABUL ŞARTLARI

Sigortalı olmak isteyen kişi, bu amaçla verilen başvuru formunu ve sağlık bildirimini eksiksiz dolduracaktır. Kişi sağlık durumu ile ilgili tüm bilgileri vermekle yükümlüdür. Sigorta, sigortacı 'nın başvuruyu inceleyip, kabul etmesinden sonra yürürlüğe girer. Sigortacı, başvuruyu red ya da kabul edebilir, veya karşılıklı mutabakatla risk değerlendirme prosedürleri doğrultusunda belirlenmiş mevcut hastalıkları teminat kapsamı dışında bırakmak veya belli bir limit dahilinde ödemek koşulu ile sözleşme yapabilir. Sigortacı gerektiği durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkına sahiptir. Sigortacı, poliçe yürürlüğe girdikten sonra dahi yanlış yada eksik beyandan ötürü şartları mevcut ise poliçeyi iptal edebilir.

Bu sigorta, 18 yaşından büyük ve 60 yaşından küçük kişileri teminat altına alır.

Yeni doğan çocuklar, anne veya babanın da bu sigorta kapsamında sigortalı olması koşuluyla ve doğuştan 15 gün sonrasına kadar her hangi bir hastalığı yada sakatlığı olmadığını tespiti ve gerekli primin ödenmesi ile doğum tarihinden 15 gün sonrası itibari ile sigorta kapsamına alınabilir.

Anne ve babanın her ikisinde aynı ürün ve teminatlarla bu sigorta kapsamında yer alması ve annenin doğuma hak kazanması durumunda ise doğuştan 15 gün sonrasına kadar sigortacıya bildirilmesi ve gerekli primin ödenmesi koşulu ile yeni doğan bebekler doğum tarihi itibari ile herhangi bir risk değerlendirme işlemine tabii tutulmaksızın Ergo bebeği olarak sigorta kapsamına alınır. .

Sigortalı ebeveynin yukarıda tanımlı şartlara haiz olması ve fakat doğum masraflarını başka bir güvenceden karşılaması durumunda Ergo Bebeği hakkından yararlanabilmek için , doğum eyleminden 1 ay önce bebeğin sigortalanmasına yönelik sigortacıya bildirimde bulunması gerekmektedir.

Ergo Bebeği hakkının sürmesi için ebeveynlerin ve çocuğun kesintisiz olarak aynı ürün ve teminatla sigortalılıklarının devam etmesi gereklidir. Yeni doğan bebekler ve 18 yaşından küçük çocuklar ancak ebeveynlerinden her ikisinin de hayatta olmaması, üvey ebeveynlerinin olmaması ve evlat edinilmiş olmamaları koşuluyla üçüncü bir şahıs veya tüzel kişi tarafından sigorta ettirilebilirler. Sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş çocukları aynı poliçede 24 yaşına kadar sigorta teminatına dahil edilebilirler.

Sigortalının sigorta sözleşmesi yapıldıktan sonra askerlik görevine başlaması halinde sigorta sözleşmesi sona erer ve gün esasıyla prim iadesi yapılır.

Askerlik görevinin sona erdiği durumlarda ise, askerlik dönüşünden sonraki bir ay içerisinde, askerliğin belgelenmesi ve beyan formunun doldurularak sigortacıya ulaştırılması ile askerlik sürecinde ortaya çıkmış hastalıklar kapsam dışı bırakılarak poliçe tüm hakları ile kaldığı yerden devam eder.

7- POLİÇE TANZİMİ

Sigortalı adayı, başvuru formu ve sağlık bildirimindeki tüm sorulara doğru olarak cevap vermekle mükelleftir. Sigortanın yapılmasını veya daha ağır şartlarla yapılmasını etkileyebilecek hiçbir gerçek, saklı tutulmayacaktır. Sigortalı adayı, bu istekleri yerine getirmezse, sigortacı, poliçeyi tanzim etmeme hakkına sahiptir. Sigortalı, var olan sağlık poliçelerini, sigortacıya bildirmekle yükümlüdür.

8-YENİDEN RİSK DEĞERLENDİRMESİ YAPILMAKSIZIN YENİLEME GARANTİSİ VERME ŞARTLARI

Poliçelerin yenilenme döneminden önce, sigorta şirketi günün şartlarına uygun yeni limit ve primleri sigortalıya veya aracısına bildirecek ve onayını alacaktır.

İlk poliçe yılı bitiminde, sigortalının geçmiş sigortalılık, sağlık durumu ve hasar/prim oranı esas alınarak yenileme değerlendirmesi yapılır. Bu değerlendirmede sigortalının son sağlık durumunu gösterir beyanı istenebilir, doktor muayenesine gönderilebilir, ek tetkik talep edilebilir. Yapılan incelemede, sigortalının mevcut ve risk taşıyan hastalık ve rahatsızlıkları için hastalık ek primi veya limiti uygulanabilir.

Yenileme koşullarının geçerli olması için sigortalının, tazminata konu olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm hastalık ve rahatsızlıklarını sigortacıya derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması gerekmektedir.

Yenileme kararı verilirken, sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu veya özel sağlık sigortası kapsamında ya da bunlarla sınırlı olmaksızın yapılan sağlık harcamalarına ilişkin, doktor ve sağlık kuruluşlarından, Sigorta Bilgi Merkezi ve diğer sigorta şirketlerinden bilgi talep edilebilir.

Şirket,Sigortalının poliçeyi 24 ay kesintisiz olarak devam ettirmesi halinde ömür boyu yenileme garantisi verebilir. Ömür boyu yenileme garantisi 24 ayın sonunda Sigortalının sağlık durumuna göre yapılacak risk değerlendirmesi sonucunda verilir. Ömür boyu yenileme garantisinin verilip, verilmeyeceği veya hangi koşullarda verileceği kararı şirket yetkisindedir.

Şirket tarafından yenileme kararı verilmiş olan poliçe başlangıç tarihi itibariyle 1 ay içinde sigortalı tarafından yenilenmemesi halinde, iptal olarak işlem görecektir.

Doğum masrafları Ferdi Sağlık Poliçelerimizden herhangi biri kapsamında karşılanmış olan ve 15 günlük bekleme süresini tamamlayarak Şirketimizdeki mevcut aile poliçesine dahil edilen bebeklere de "Yenileme Garantisi" verilebilmektedir.

Sigortalı, yenileme döneminde diğer sağlık ürünü teminatları kapsamında sigortalanmak ister veya plan değişikliği talebinde teminatını değiştirmek ister ise, sigortacı yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. Teminat artışı sigortacının onayına bağlıdır. Bu durumda sigortalıdan son durumunu belirtir sağlık beyanı, doktor muayene, tetkik isteyebilir, bazı şikayetler/hastalıklar kapsam dışında bırakabilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanmış sigortalıların prim borcunu ödememeleri nedeniyle poliçenin iptal olması veya poliçenin kesintiye uğraması durumunda, Ömür Boyu Yenileme Garantisi taahhüdü son bulur.

8-1 GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Diğer sigorta şirketinden geçiş talebinde bulunan sigortalılar 6.madde (Başvuru ve Kabul Şartları) esasında değerlendirilir.

Sigortalının diğer şirketlerde kesintisiz olarak geçirdiği süreler, geçmiş yıllar H/P oranları, beyan ettiği ve/veya geçiş bilgileri ile diğer Şirketlerden veya sağlık kurumlarından gelen kişisel raporlarındaki mevcut sağlık durumları, yaş ve cinsiyeti, diğer şirketten ayrılış tarihi itibarı geçen süre dikkate alınarak Tıbbi Risk Değerlendirmesi yapılır. Bunun sonucunda sigorta başvurusu Kabul edilemeyeceği gibi, bazı koşullar, istisna veya ek prim ile teklif hazırlanabilir. İlgili dönemde Şirket tarafından uygulanan geçiş hakları uygulamasına göre, sigortalı adayına geçiş işlemi ile kazandığı hakları da dahil olmak üzere nihai prim ve sigortalanma koşulları açıkça bildirilir. Kabul etmesi halinde police düzenlenir.

Başlıca Geçiş Hakları; geçmiş yıllardan gelen Hasarsızlık İndirim Kademelerinin aktarılması, bekleme sürelerinin kaldırılması veya azaltılması şeklinde olmaktadır.

Ancak, yukarıda da anlatıldığı gibi Şirket'in kişi bazında belirleyeceği "Geçiş Hakları", dönemsel ve/veya kişisel farklılıklar gösterebilir.

9. PRIMİN BELİRLENMESİ

İşbu poliçe özel şartları 9.maddesi, Hazine Müsteşarlığının 2011/3 sayılı genelgesi gereğince Sağlık Sigorta Sözleşmesi bedelinin ("prim"in) tespitine ilişkin kriterlerin tanımlanmasına ilişkin talimatı gereğince aşağıdaki şekilde uyarlanmıştır:

İşbu Sağlık Sigortası Sözleşmesi kapsamında ödenecek prim, poliçenin kesintisiz olarak devam ederek yenilenmesi halinde ve poliçe başlangıcında tüm Sigorta Ettiren/Sigortalı(lar) için geçerli olan genel tarife primine, duruma göre aşağıdaki indirim veya ilavelerin yapılması suretiyle belirlenir.

Tarife primi; Şirket'in hem toplam ve hem de ilgili Poliçe özelinde yapmış olduğu tazminat ödemeleri ile, tarifelerin hazırlanması, sigorta poliçelerinin düzenlenmesi, tarife primlerinin tahsil edilmesi, personel ve ilgili diğer giderler, sigorta aracılara aracılık faaliyetleri dolayısıyla ödenen miktarlar veya Şirket'ce yapılan istihsal masraflarını da dikkate alarak aktüeryal prensipler doğrultusunda; her dönem, yaş ve cinsiyet için Şirket tarafından belirlenecek primi ifade eder.

Poliçenin kesintisiz olarak devam ederek yenilenmesi halinde priminin belirlenmesi ve ilgili tüm alt maddelerinde geçen tüm uygulamalar, koşul ve oranlar, Sigortacı tarafından önceden bildirilmek ve/veya ilan edilmek kaydıyla her zaman değiştirilebilir, ancak bu değişiklikler, mevcut poliçeler için bir sonraki poliçe yılından başlamak üzere uygulanır.

Ayrıca hiçbir halde Sigortalı bazında yapılacak indirimlerin (9.2.2.2 -Peşin Ödeme İndirimi ile 9.2.2.6 – Teknik Dengeleme İndirimi hariç) oranlarının aritmetik toplamı %50'yi geçemez.

9.1 Ek Prim ve İndirimler

9.1.1 Hastalık Ek Primi

Genel tarife priminde ilgili yaş ve cinsiyet için tanımlanmış prime eklenerek Sigortalının kişisel primini belirleyecek ilk kriter; Hastalık Ek Primi'dir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin verildiği poliçe yılında ve ilgili 8.maddede "Yeniden Risk Değerlendirmesi Yapılmaksızın Yenileme Garantisi Verme Şartları" açıklanmıştır. Bu değerlendirmede anlatıldığı şekilde ve Şirket tarafından nihai olarak (poliçenin iptali, teminat artırılması gibi yeniden risk değerlendirilmesi yapılmasını gerektiren durumlar hariç) Hastalık Ek Primi oranı belirlenir ve sonraki yıllarda yenileme tarife primine otomatik olarak aynı oran eklenir.

Hastalık Ek Primi her rahatsızlık için %10'dan başlayarak en fazla %200 oranında belirlenmiştir.

Diğer İndirim ve Ek Primler, bu şekilde hesaplanan Sigortalı primine eklenerek veya eksiltilecek uygulanır.

9.2.1 Hasar/Prim Oranına Bağlı İndirimler

Sigortalımızın geçmiş yıllar poliçesindeki kendisi için ödenmiş hasar tutarı ile, anılan poliçe için alınan kendi primi arasındaki orana, hasar-prim ("H/P") oranı denir.

Yeni poliçe yılına dair belirlenmiş olan genel tarife primi tutarına, geçmiş dönem H/P oranına bağlı olarak ve aşağıdaki tabloda verilen İndirim Kademeleri için geçerli İndirim Oranları uygulanarak sigortalının primi hesaplanır.

Poliçe yıllarında ardı ardına kesintisiz devam etmek şartıyla, H/P oranına göre sigortalıların İndirim Kademeleri ve buna bağlı olarak İndirim Oranları değişir.

Bu kademeli artış 3(üç) poliçe yılını, yani 3(üç) Kademeyi geçemez.
Her Kademe için aynı veya farklı İndirim Oranları belirlenebilir.

Kademeler, her Kademe için geçerli toplam İndirim Oranı ve ilgili Kademeye geçiş için önceki poliçede gerçekleşmesi gereken H/P oranları aşağıdaki tabloda detaylı olarak gösterilmiştir:

Bir önceki poliçede sahip olunan "İndirim Kademesi" ⁽¹⁾		3.Kademe (%45)	2.Kademe (%30)	1.Kademe (%15)	İndirimsiz
Önceki Poliçede Gerçekleşen Hasar/Prim Oranı	0-30% aralığında	3.Kademe ⁽²⁾	3.Kademe ⁽²⁾	2.Kademe ⁽²⁾	1.Kademe ⁽²⁾
	31%-60% aralığında	3.Kademe ⁽²⁾	2.Kademe ⁽²⁾	1.Kademe ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾
	61%-100% aralığında	2.Kademe ⁽²⁾	1.Kademe ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾
	101%-200% aralığında	1.Kademe ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾
	201% ve üzeri	İndirimsiz ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾	İndirimsiz ⁽²⁾

(1) Bir önceki poliçe yılında hak edilen Kademe ve buna tekabül eden İndirim Oranlarını ifade etmektedir.

(2) Önceki poliçede gerçekleşen H/P oranlarının belirtilen aralıklarda olması durumunda, kesintisiz olarak yenilenecek poliçede hak edilen yeni Kademeleri ifade etmektedir.

9.2.2 Diğer İndirimler ve İlave Primler

9.2.2.1 Aile İndirimi

İşbu maddenin uygulanması anlamında "Aile", Türk Medeni Kanunu anlamında kan ve sıhrı akrabalık ilişkisini ifade eder.

İşbu sigorta sözleşmesi kapsamında, sigortalıların iki ve üzerinde Aile üyesinden oluşması halinde, %10 aile indirimi uygulanır.

9.2.2.2 Peşin Ödeme İndirimi

İşbu Sağlık Sigortası Sözleşmesi kapsamında ödenecek primin, tamamının peşin ödenmesi halinde, %5 oranında bir indirim uygulanır. Buna karşılık taksitle ödeme halinde; sadece 4 taksitte ödeme halinde %3 uygulanır, diğer taksit alternatifi olan 7 taksitte ise indirim uygulanmaz.

9.2.2.3. Taksitli Prim Ödemelerinde Vade Farkı Uygulaması

İşbu Sağlık Sigortası Sözleşmesi kapsamında ödenecek primin, Sigortacı tarafından teklif edilen 7 taksitin ötesinde, poliçe süresini geçmemek üzere taksitlendirilmek istenmesi halinde, aylık %2,5 vade farkı uygulanır.

9.2.2.4 “Bireysel Grup” Teşvik İndirimi

Ticari veya gayri ticari bir tüzel kişilikte çalışanlar ile onların birinci derece yakınlarının sigortalı olmaları şartıyla oluşan gruba özel ve aşağıdaki tabloda bildirilen oranda olmak üzere Bireysel poliçelerde geçerli özel bir teşvik indirimi uygulanır. Ancak grubun ve uygulanacak indirim oranının kabulü Şirket'in ön onayına tabidir.

Poliçe Adedi	İndirim Oranı
5 – 9	% 5
10 – 14	%10
15 – 19	%15
20 ve üzeri	%20

9.2.2.5 Satış Bütçe İndirimi

Sigorta Sözleşmesine aracılık eden sigorta aracısının satışına bağlı olarak değişebilen ve aracının takdirine bağlı olarak “Satış Bütçe İndirimi” uygulanabilir.

9.2.2.6 Teknik Dengeleme İndirimi

Sigorta Sözleşmesinin yenileme döneminde oluşabilecek teknik sorunlarının giderilmesi amacıyla Sigortacının takdirinde olmak üzere Teknik Dengeleme İndirimi uygulanabilir.

9.2.2.7 Fark Prim Zeyili

Sigorta primleri, önceki poliçenin bitiş tarihine kadar tahakkuk ettirilen (kayda alınan) sağlık giderleri ile oluşan H/P oranı dikkate alınarak hesaplanmaktadır.

Poliçe döneminde oluşan tazminat giderlerinin, poliçenin bir sonraki yenileme işlemi veya prim hesaplaması (poliçe başlangıç tarihinden 3-4 hafta önce yapılmaktadır) yapıldıktan sonra şirkete intikal ettirilmesi durumunda mevcut poliçedeki Sigortalı primi değişebilir.

Gecikmeli olarak gelen fatura ve tıbbi bilgi-belgeler nedeniyle H/P oranının ve Hasarsızlık İndirim Kademesi'nin değişmesi veya Sigortalı primini etkileyecek özel ve genel şartlardan kaynaklanan başka bir sonuç ortaya çıkması hallerinde hesaplanacak ilave prim farkı, zeyilname ile dönem içinde mevcut poliçeye eklenebilir. Veya Şirket, bir sonraki dönemde yenilenecek poliçe primine ekleme hakkını saklı tutar.

9.2.2.8 Kampanya İndirimleri

Sigortacı daha önceden koşullarını bildirmek kaydıyla belirli dönemlerde değişik oranlarda kampanya indirimi uygulayabilir. Bu kampanya indirimleri sigortalı için sonraki yenileme dönemlerinde kalıcı bir hak teşkil etmez.

10- TAZMİNAT ÖDEMESİ

Tazminat talebinde bulunmak için aşağıdaki belgeler sigortacıya ulaştırılmalıdır:

Doktor muayene teminatına ait ödemelerde:

Doktor ücretine ait fatura, serbest meslek makbuzunun aslı veya kredi kartı slibi aslı (Kredi kartı slibinin üzerinde "Vergi Usul Kanunu uyarınca serbest meslek makbuzu yerine geçen belge hükmündedir." ifadesinin yazılı olması gerekmektedir. Slip ekinde hastalık bildirim formu olmalıdır.)

Doktor tarafından tam olarak doldurulmuş hastalık bildirim formu.

Gerektiğinde poliklinik kartı fotokopisi

İlaç teminatına ait ödemelerde:

Doktor reçetesi

İlaç küpürleri(fiyat ve isminin okunması gerekmektedir)

İlaç giderlerine ait fatura veya kasa fişi asılları

Sürekli kullanılacak ilaçlarda doktor raporu

Tahlil-röntgen ve ileri tetkiklere ait ödemelerde:

Doktorun ön tanı içeren sevk pusulası

Teminat kapsamındaki giderlere ait fatura asılları

Tetkiklerin sonuç raporlarının fotokopisi

Ameliyat veya hastane yatışlarına ait ödemelerde:

Dökümlü hastane faturası

Teminat kapsamındaki giderlere ait fatura asılları

Gerektiğinde müşahade dosyası

Ayrıntılı ameliyat raporu ve doktor tarafından doldurulmuş yatış formu

Patoloji raporu(varsa)

Hastanede yatarak görülen tedavilerde, sigortalının sağlık durumu uygunsa, yatmadan önce, değilse, bir hafta içinde, sigortacıya bilgi verilmelidir.

Sigortacı, hastalık halini doğrulamak için, sigortalının tazminat talebiyle ilgili olarak, uzman muayenesi dahil her türlü tıbbi bilgi toplama ve ek belge isteme hakkına sahiptir. Bu durumda masraflar, sigortacı tarafından karşılanacaktır.

Sigortalı iyi niyet kuralları çerçevesinde, bunu yerine getirmeyi kabul etmezse, sigortacı tazminatı ödememe veya anlaşmayı iptal etme yoluna gidebilir.

Sigortaya konu olan sağlık harcamaları, yukarıda istenen belgelerin eksiksiz bir şekilde sigortacıya ulaştırılmasından sonra poliçede yazılı limitler, özel ve genel şartlar dahilinde sigortalının kendisine ödenecek yada başvuru sırasında belirtilecek banka hesabına havale yapılacaktır.

Yurtdışında yapılan tedavi giderlerine ait faturalar ile birlikte, bu tedavilere ait rapor ve tetkiklerin Türkçe tercüme (İngilizce, Almanca ve Fransızca dilleri dışında) ile beraber sigortacıya gönderilmesi gerekmektedir.

Sigorta ücretinin taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise rizikonun gerçekleşmesi halinde henüz vadesi gelmemiş taksitlerin sigortalının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel olur ve sigortalıya ödenecek tazminattan mahsup edilir, borcu aşan kısım sigortalıya ödenir.

Sigortalının vefatı halinde tazminat sigorta ettirene, sigorta ettiren yoksa sigortalının kanuni varislerine ödenecektir.

11- İSTİSNALAR

Aşağıda sayılan haller, tedaviler ve giderler bu poliçede sigorta teminatı dışında tutulmuştur.

1.Alkol zehirlenmesi, alkolizm, alkol kullanımı sonucu doğan rahatsızlıklar ve kazalar, eroin, morfin veya benzeri uyuşturucuların kullanılması , yoksunluk sendromu sonucu oluşabilecek her türlü gider. Nikotin alkol ve benzeri bağımlılık yapan maddelerden arındırma amaçlı her tür tedavi ve ilaç giderleri. (nikotin flasterleri, nikotin içeren çiğneme tabletleri, vb.)

2-T.C devleti ilgili kurumları tarafından salgın hastalık olarak ilan edilmiş hastalıklar ve her durumda AIDS, ARCS ve HIV virüsünün neden olacağı tüm hastalıkların tanı ve tedavi giderleri.

3.Allerji aşısı ve testleri

4. Zührevi hastalıklara ait her tür tarama testi, tetkik ve tedavi giderleri (VDRL ,TPA vb.)

5.Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı ürünler,ilaçlar, girişimler (poliçe dönemi içinde geçirilmiş kaza sonucu olanlar hariç) yüzeysel varis tedavisi (skleroterapi) , saç dökülmesi tetkik ve tedavisi, estetik amaçlı aşısı ve enjeksiyonlar,

6. Kilo kontrol bozuklukları, diyet uzmanları, jimnastik salonları, zayıflama, estetik ve alternatif tıp merkezleri (akupunktur,mesoterapi vb) lazer merkezleri ile ilgili giderler, bu merkezlerden alınan her tür muayene, tetkik ve tedavi faturaları;ayak sağlığı ,konuşma ve ses terapisi merkezleri, kaplıca merkezlerindeki tedavi giderleri (fizik tedavi dahil) , masaj masrafları, çamur banyoları masrafları; diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç ve malzemeler, anti-aging merkezlerinden fatura edilmiş(anti-aging uygulamasına ilişkin olan yada olmayan) her türlü muayene, tetkik, takip, girişim ve ilaç bedelleri.

7. Ergo bebeği dışında kalan sigortalılarımız için tanısı ileri yaşta konulsa dahi tüm konjenital (doğuştan gelen) hastalıklar, doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar, prematüriteye ait giderler (kuvöz bakımı vs) , motor ve mental gelişim bozukluğu (büyüme ve gelişme geriliği) ile ilgili rutin veya spesifik her türlü tetkik ve tedavi giderleri (Örn: genetik testler, her tür karyotip araştırması, hemoglobin elektroforezi, fenilketonüri testleri, yenidoğan tiroid testleri, kalça USG, inmemiş ve retraktıl testis, polikistik böbrek, 7 yaş altı çocuklarda kasık ve göbek fıtığı vb)

8.Organ ve doku naklinde ,vericinin masrafları ve organ yada dokunun nakil merkezine ulaşıncaya kadar gerçekleşen ulaşım giderleri

9. Ruh ve akıl hastalıkları, psikoterapi, psikiyatrist ve psikolog giderleri ile danışmanlık hizmetleri, nöropsikiyatrik testler, tüm psikiyatrik ilaçlar ve bu ilaçların kullanımına bağlı komplikasyonlar ile tüm psikiyatrik yatışlar, zeka testi ve benzeri tetkikler, psikososyal bozukluklar (gece işemeleri, anoreksia,blumia,obesite,asteni gibi yeme bozuklukları, uyku bozuklukları) ve komplikasyonları ile ilgili her türlü tanı ve tedavi giderleri.

10.Epilepsi hastalığının bir sağlık kurumunda gerçekleşen yatarak/cerrahi tanı ve tedavi giderleri

11.Genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, diş macunu, hidrofil pamuk, termometre, şeker ölçme stickleri ve kartuşları, buz kesesi, sıcak su torbası, v.b. yardımcı tıbbi malzemeler, suni tatlandırıcı, ek teminat ile poliçe teminatı kapsamına alınmadığı sürece gözlük camı ve çerçevesi, kontakt lens, lens solüsyonları , cilt bakımı, cilt lekeleri, çatlaklar , terleme ile ilgili tedavi giderleri, reçeteli ve reçetesiz bebek mamaları, çocuk bezleri, biberon, emzik, vb.sarf malzemeleri

12.Vitaminler (7 yaş altı çocuklar , hamileler , vitamin eksikliği sonucu ortaya çıkan ve/veya hastalığın primer tedavisinde kullanılan vitamin preparatlarının haricinde)

13.Kuduz, tetanoz, 0-6 yaş rutin çocukluk çağı aşıları dışında kalan tüm aşılar .

14.Özel hemşire giderleri , sağlık kuruluşlarındaki telefon ve kafeterya giderleri, suit oda farkı, paramedikal servis ücretleri, tedavi için gerekli olmayan malzeme ve diğer masraflar.

15.Tıbbi malzeme teminatında tanımlı olanların dışında kalan tüm sıhhi ve tıbbi malzeme/cihaz (işitme cihazları, uyku apnesi tedavisinde kullanılan cihazlar, şeker ölçme aletleri ve stickleri,tansiyon ölçme aleti vb.) giderleri.

16. Sanatoryum, prevantoryum,geriatrik bakım ve huzurevlerinde gerçekleşen bakım ,muayene ,tetkik ve tedavilere ilişkin her türlü gider, Demans,Alzheimer,Parkinson hastalıklarına ait tüm muayane tetkik ve tedavi giderleri

17.Belli bir semptom veya hastalığa bağlı olmayan,genel sağlığı korumaya ve bağıışıklığı desteklemeye yönelik inceleme ve tedaviler (ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan tarama testleri, aşılama kontrol testleri, viral markerlar, portör tetkikleri vb), tedaviyi yönlendirmeye katkısı olmayan tüm tetkik ve işlemler ,check-up giderleri ve yıllık kontrol mamografileri , rutin taramalar Metabolik sendrom tanısına yönelik işlemler, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve kontrol amaçlı koroner arterlere yönelik ileri görüntüleme yöntemleri(MR , BT angio vb)giderleri.

18.Kendi kendine yada birinci derece yakını tarafından yapılan tedavi giderleri ve Sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı bağdaşmayan doktorlardan alınan sağlık hizmeti giderleri

19.Ameliyat nedenine bakılmaksızın septum deviasyonu ,obstrüktif uyku apne sendromuna yönelik her türlü tetkik,cihaz ve tedavi (uvuloplasti,faringoplasti, yumuşak damağa radyofrekans uygulaması vb.)

20. Bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, FDA kurumu tarafından deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedaviler.

21. Yeni doğan bebeğe ait giderler (annenin doğum teminatından kalan limit içinden karşılanır) ile yeni doğan bebeğin kordon kanının alınması / saklanması ve tıbbi bir nedene bağlı olsa dahi sünnet ile ilgili tüm giderler.

22.Kaza sonucu çene cerrahisi dışında (kaza raporunun ibrazı ile) Diş Hekimleri Odası Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen tedaviler

23.Tehlikeli sporlar (amatör havacılık, delta kanat, planör, paraşüt, parasailing, yamaç paraşütü, bungee jumping, dağcılık, tüplü dalış vb.), lisanslı olarak yapılan profesyonel ya da amatör müsabaka ve antrenmanları sırasında meydana gelebilecek hastalık veya sakatlıklar, otomobil, motosiklet yarışları ve bunların her türlü pist sürüşleri, kurye ve dağıtım amaçlı motosiklet kullanımları sırasında meydana gelebilecek tüm sağlık giderleri

24. Poliçe dönemi öncesinden gelen her türlü hastalık ve malüliyete ait giderler, poliçe ekinde bulunan sertifikada yazılı kişiye özel kapsam dışı hastalık ve rahatsızlıklara ilişkin sağlık giderleri ile , poliçe ve/veya ekindeki sertifikada belirtilmeyen teminatlara ilişkin sağlık giderleri

25. Sigortalının bilerek kendi kendini yaralaması, intihar ve intihara teşebbüs sonucu doğan tedavi masrafları. Ehliyetsiz araç kullanımı sırasında gerçekleşen kazalar nedeniyle oluşan tedavi giderleri, sigortalının kazadaki kusur durumuna bakılmaksızın kapsam dışıdır. Sigortalının kullandığı aracın sınıfına uygun ehliyete sahip olmaması da bu kapsamdadır.

26.Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ithal ilaçlar; Tarım Bakanlığı ruhsatı ile satılan ilaçlar (pharmaton, arcalion, ginseng, esberitox, balık yağları vb.), Food Drug Administration (FDA) onayı almamış tüm ilaç niteliğindeki maddeler

27.Cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler (penil doppler, penil-protez, impotans,vaginusmus vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatlari ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri

28.Sigorta yılı içinde 180 günü geçen hastanede yatış ve bu süre içinde 90 günü geçen yoğun bakımda yatışla ilgili tüm giderler (Normal oda yatışlarında 1 gün , yoğun bakım yatışı ise 2 gün üzerinden hesaplanarak toplam yatış süresi olan 180 günden düşülür).

29. Küretaj, infertilite, sterilite (kısırlık), düşük araştırması ve hamileliğin gerçekleşmesinin sağlanması ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri (tüp bebek, follikül takibi, mikroenjeksiyon, tuboplasti v.b), histerosalpingografi (HSG), spermiogram ve tüm aile planlaması yöntemlerine ait (hap, kondom vb.) giderler.

30. Kırılma kusurlarına yönelik müdahaleler (miyopi,astigmatizm vb.) ile müdahale öncesi ve sonrasında kullanılan ilaçların giderleri, keratokonus, göz kaymaları, şaşılık, görme tembeliği, lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayeneleri giderleri

31. Sigortalının tazminat talebinde bulunurken veya tedavi görürken yaptığı ulaşım, konaklama masrafları vb.

12-BEKLEME SÜRELERİ

Sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan ve 12 ay süreyle kapsam dışında bırakılan rahatsızlıklar :

1-Üriner sistem hastalıklarının girişimsel / cerrahi tanı ve tedavisine ilişkin giderler.(sistoskopi,taş kırma gibi)

2.Koterizasyon,konizasyon,krioterapi, laser tedavileri ve tanı / tedaviye yönelik her türlü invazif girişimler

3-Her türlü kitle (lipom, verrü, nevüs ,polip,higroma,nodül vb) ,kanser, kist ve maling hastalıklar

4-Rahim ağzı,rahim,tuba ve over hastalıklarının tanı ve tedavisinde kullanılan girişimsel ve cerrahi işlemler, endometriozis , adhezyolizis ,kadın üreme organlarının deformasyonu sonucu gerçekleştirilecek tanı ve tedaviye ilişkin girişimsel ve cerrahi işlemler.

5-Anorektal hastalıkların girişimsel / cerrahi tanı ve tedavisi (hemoroid, fissür, fistül, pilonidal sinüs, apse vb)

6- Organ fıtıklarının girişimsel / cerrahi tanı ve tedavisi (göbek/kasık (7 yaş üstü) , mide vb.) .

7-Tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları girişimsel / cerrahi tanı ve tedavisi

8-Yemek borusu,mide,ince ve kalın barsaklara ait her türlü hastalığın girişimsel / cerrahi tanı ve tedavisi

9-Bademcik, geniz eti , konka hipertrofisi , sinüzit ve sinüs cerrahisi , işitme cerrahisi (timpanoplasti , kulağa tüp takılması, stapedektomi vb.) girişimsel / cerrahi tanı ve tedavisi

10-Koroner by-pass ,anjio , anjioplasti, anevrizma, disseksiyon, varis , kalp kapağı ve kalp pili ile ilgili her türlü tanı ve tedavi giderleri

11- Halluks valgus, triger finger, karpal tünel, tarsal tünel , menisküs, çapraz bağ rüptürü ,dirsek , diz , omuz,kalça, el bileği eklem ve bağları ile ilgili hastalıkların girişimsel / cerrahi tanı ve tedavi giderleri

12-Erkek üreme organları hastalıklarının girişimsel / cerrahi tanı ve tedavi giderleri.

13- Menapoz, Osteoporoz tanı ve tedavi giderleri

14-Karaciğer,safra kesesi,safra taşları ,safra kanalları ile ilgili her türlü tanı ve tedavi giderleri

15-Katarakt ,glokom ,retina hastalıklarına ilişkin her türlü girişimsel / cerrahi tanı ve tedavi giderleri

16-Her türlü organ nakli ve organ yetmezliği ve bunların komplikasyonlarına ait tüm tanı ve tedavi giderleri.

17-Omurğa ve intervertebral disk hastalıklarına ilişkin her türlü girişimsel / cerrahi tanı ve tedavi giderleri (faset denervasyon, sinir blokajı vb.)

18-Her türlü kronik hastalıklar (Diabet, Hipertansiyon,KOAH vb.) , tüm romotolojik , otoimmün hastalıklar (SLE,MS,RA vb.) ve komplikasyonları ile ilgili tanı ve tedavi giderleri.

19- Poliçe ilk kayıt tarihine bakılmaksızın yeni eklenecek teminatlara bekleme süresi uygulanır.

20. Doğum giderleri teminatında bekleme süresi 12 aydır.

Eksik ve yanlış beyanın olduğu durumlarda yukarıda belirtilen bekleme süreleri gerçekleşse dahi ödeme yapılmaz.

Not: Madde 11; İstisna ve Madde 12; Bekleme Süreleri , rahatsızlığın aciliyeti gözetilmeksizin uygulanır.

13- SİGORTANIN BİTİŞİNDEN SONRAKİ TEDAVİLER

Tedavisi devam eden vakalarda teminat, sigorta sona ermiş olsa dahi sigorta bitiş tarihinden itibaren en fazla 10 güne kadar karşılanır.

14-HATALI TEDAVİ

Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tedavideki hata neticesindeki sorumluluk bu tedaviyi yapan kurumlar ve doktorlara aittir.

15- ERGO SİGORTA ACİL HİZMETİ

Tıbbi Danışmanlık Hizmeti ve Kara Ambulansı ;

Sigortalı gerekli olduğu hallerde, 24 saat bir doktorun görev yaptığı tıbbi danışmanlık, yurt çapında kara ambulansı organizasyonunun ve koordinasyonunun yapıldığı Acil Hizmet hattını arayabilir.

Bu hizmetin alınabilmesi için değişmeyen alarm merkezi numarası 444 0 466

Yurt içindeki acil vakalarda, sigortalının bulunduğu yerde tedavisinin imkanı yoksa, bulunduğu yere en yakın olan donanımlı bir sağlık merkezine kara ambulansı ile nakli sigortacı'nın onay vermesi kaydıyla sağlanır.

Hava Ambulansı;

Yurtiçinde geçerli olmak üzere Ergo Sigorta'nın anlaşmalı olduğu kurum aracılığı ile Hava Ambulansı hizmet teminatı verilmiştir. Yurt içindeki acil vakalarda, sigortalının bulunduğu yerde tedavisinin imkanı yoksa, bulunduğu yere en yakın olan donanımlı bir sağlık merkezine kara ambulansı ile taşınmasına uygun değilse, sigortalının nakli sigortacı'nın onay vermesi kaydıyla hava ambulansı ve/veya hava taşımacılığı ile sağlanır. Alarm merkezi numarası 444 0 466

16-POLİÇE İPTAL KOŞULLARI

A- SİGORTA ETTİREN VE/VEYA SİGORTALININ VEFATI

A-1 . Sigorta Ettirenin vefatı:

Sigorta ettirenin vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. Sigorta ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olmaları durumunda ve sigortalı/sigortalıların, sigorta ettireni değiştirerek poliçeyi sürdürmek istemeleri halinde sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayı ile sigorta ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilir. Poliçenin devam ettirilmesi talebi ve sigorta ettirenin kanuni varislerinin bu konuda onayının olmaması halinde sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin yasal varislerine iade edilir. Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

Sigorta ettiren ile sigortalının aynı kişi olmaları ve poliçede başka bireylerin (eş,çocuk) bulunmaması durumunda, sigorta ettiren/sigortalının vefatı halinde: sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır . Sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin kanuni varislerine iade edilir. Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

Sigorta ettiren ile sigortalının aynı kişi olmaları ve poliçede başka bireylerin (eş, çocuk) bulunması durumunda, sigorta ettiren/sigortalının vefatı halinde, poliçede yer alan diğer sigortalıların sigortalılığa devam etmek istiyorlarsa, mevcut poliçe iptal edilerek vefat eden bireye ait sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin yasal varislerine iade edilir ve bitiş tarihi aynı olan ikinci poliçe üzerinde eş ve çocuğun sigortalılığı devam ettirilir. Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

A-2 . Sigortalı/sigortalıların vefatı :

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

Poliçede vefat eden sigortalının dışında başka birey yoksa poliçe hükümsüz olur. Sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir. Rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

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

B-SİGORTA ÜCRETİNİN ÖDENMESİ VE SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI:

Sigorta ücretinin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit en geç poliçenin tesliminde ve kalan taksitler poliçede belirtilen tarihlerde nakden ödenir.

Sigorta ücretinin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmemiş ise sigortacının sorumluluğu başlamaz, bu şart poliçenin ön yüzüne yazılır.

Sigorta priminin vadesinde ödenmemesi halinde, sigortacı muaccel sigorta ücret borcunu vadesinde ödememiş olan sigorta ettirene, noter vasıtasıyla veya iadeli taahhütlü mektupla borcunu bir ay içinde ödemesini aksi takdirde sözleşmenin feshedilmiş olacağını bildirir. Bu takdirde sürenin sonunda borç ödenmemiş ise, sözleşme münfesihi olur ve sigorta ettiren fesih tarihine kadar geçen müddete ait gün esasına göre hesaplanan ücreti sigortacıya ödemekle yükümlü olur. Sigortalının/ sigorta ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise; rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigortalıya iade edilir. İlk 30 gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçen süreye bağlı olarak sigortacının hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır.

İptal nedeniyle sigortalı/sigorta ettiren'e iade edilecek tutar, sigortacı'nın hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır.

Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigortalının ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigortalıya iade edilir.

Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigortalının ödediği primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek sigortalıya iade edilir.

MADDE 7 - KÖTÜ NİYET SONUCU İPTAL

C- Poliçenin iptali veya beyan edilmeyen hastalıkların kapsam dışında bırakılması :

C-1. Bu poliçe, sigortalının kabul formunda verdiği tüm bilgilerin tam ve doğru olduğu kabul edilerek düzenlenmiştir. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacı sözleşmeyi yapmama veya iptal etme hakkına sahiptir. Bu konuda yasal mevzuat uygulanacaktır.

C-2. Poliçe kapsamında bulunan sigortalılardan herhangi birinin, poliçe genel şartlarına ve uygulama esaslarına ters düşen kasıtlı olarak yarar sağlama amacı güden bir girişimde bulunması veya eksik beyanda bulunması halinde poliçe kapsamında bulunan tüm sigortalıların poliçesi derhal iptal edilecek ve alınan prim iade edilmeyecektir. Ya da sigortacının isteğine bağlı ve seçimlik olarak sigortalının varlığından haberdar olduğu halde sağlık beyanında belirtmediği, sigortacı tarafından sonradan tespit edilen hastalıkları poliçe kapsamı dışında bırakılarak poliçesi devam edecektir.

Sigorta şirketi bu konu ile ilgili seçimlik geri alım hakkı ve haklarını saklı tutar

D- RÜCU HAKKI

Sigortacı, poliçenin özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına aykırı düşen giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıdan , bu yüzden uğradığı ve uğrayacağı tüm zararlar ile birlikte tahsil etme hakkına sahiptir.

Sigortacının herhangi bir nedenle poliçe teminatı kapsamında olmayan bir ödeme yapmış olması, sigortalı tarafından kazanılmış bir hak olarak değerlendirilemez.

17- ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARI

Sigortalı anlaşmalı kurumlara gittiğinde, yatarak tedavi teminat kapsamına giren durumlarda ve fizik tedavi , ileri tanı yöntemleri (MR,MR Anjio, Kolonoskopi, endoskopi vb.) faturanın ödenebilmesi için sigortacı nın poliçe özel ve genel şartları kapsamında ve poliçe limit ve % oranında anlaşmalı kuruma yazılı onay vermesi gerekmektedir.

Sigortalının, ayakta tedavi gördüğü durumlarda ise anlaşmalı kurumlara sigorta kartı ve poliçesini birlikte göstermesi halinde poliçe limitleri, özel ve genel şartlar dahilinde sağlık hizmetlerinden yararlanacaktır.

Her iki durumda da sigortalılar Sağlık Kuruluşuna poliçesi ve/veya sigorta kartı ve fotoğrafı kimliği ile başvurmalıdır.

Sigortalı anlaşmalı sağlık kurumları dışında kalan kuruluşlarda yaptığı masrafları,fatura ve gerekli belgeleri iliştilmiş şekilde sigortacı'ya gönderebilir.

18-MÜŞTERİ HİZMETLERİ VE 24 SAAT PROVİZYON HİZMETİ

Sigortalılar gerekli olduğu hallerde her türlü problemde kendilerine yardımcı olacak

“Müşteri Hizmetleri” birimini mesai saatleri içinde aşağıdaki telefonda arayabilirler.

444 0 466

Sigortalılar anlaşmalı kurum, anlaşmalı doktor ve anlaşmalı eczanelerde tedavi görmeleri esnasında 24 saat provizyon hizmetimizden yararlanabilirler.