

BUPA ACIBADEM SİGORTA A.Ş.
GRUP TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİ

1. TARAFLAR

1.1. Bir tarafta:

“.....” adresinde yerleşik (Bundan böyle “Sigorta Ettiren” olarak anılacaktır.)

1.2. Diğer Tarafta:

“Küçükbakkalköy Mah. Başar Sok. No: 20 34750 Ataşehir / İSTANBUL” adresinde bulunan **BUPA ACIBADEM SİGORTA A.Ş.** (Bundan böyle “Sigortacı” olarak anılacaktır.)

aşağıdaki şart ve esaslar dahilinde anlaşmış bulunmaktadır.

İşbu sözleşme yukarıda isim ve adresleri bildirilen taraflar arasında, aşağıdaki esas ve şartlar çerçevesinde tanzim edilmiş ve imzalanmıştır.

2. SÖZLEŞMENİN KONUSU

Yukarıda ticari unvanları belirtilen taraflar arasında, kapsamı Sigortacı ve Sigorta Ettiren tarafından mutabık kalınarak belirlenecek Sigortalılar lehine “Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigorta Sözleşmesi” (bundan böyle “Sözleşme” olarak anılacaktır) düzenlenmiştir.

İşbu Sözleşme, Taraflar ve Sigorta Ettiren tarafından bildirilerek Sigortacı ile mutabık kalınarak belirlenecek “Sigortalılar ve Bağlıları” lehine “Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigorta Sözleşmesi” isteyen grup şirketlerini kapsar.

3. SÖZLEŞMENİN SÜRESİ

İşbu sözleşme, aşağıda belirtilen sürenin sonunda herhangi bir ihtar ve bildirim gerek kalmaksızın kendiliğinden sona erecektir.

Sözleşme Başlangıç Tarihi : 00.00.2018 Saat : 12:00

Sözleşme Bitiş Tarihi : 00.00.2019 Saat : 12:00

4. TEMİNAT KAPSAMI

İşbu sigorta ile, Sigortacı, Sigortalı'nın sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarına ait sigorta süresi içinde gerçekleşen sağlık giderlerini;

- Provizyon Verilen Kurum ile Sigortacı arasında yapılan anlaşmaya göre, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinde kalan tutarlarını,
- Otelcilik ücreti gibi Sigortalı'dan alınabilecek tutarları ve işbu sözleşme ile sınırlı olmak koşulu ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedellerini

5684 sayılı Sigortacılık Kanunu, Türk Ticaret Kanunu, İşbu Sözleşme ve ekindeki Özel Şartlar/Protokol/ler ile Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe ekinde yer alan teminat tablosu (limit, muafiyet, bekleme süreleri ve sigortalı katılım payı oranları dâhilinde) doğrultusunda, istisna edilen haller dışında, güvence altına almaktadır.

Bu sigorta sözleşmesi sadece SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerli olup, SGK müstehaklığını kaybeden kişiler poliçesi yürürlükte olsa dahi, SGK müstehaklığı aktif olmadığı sürece poliçe teminatlarından faydalanamazlar.

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

Bu Sözleşme, Hazine Müsteşarlığı'nca yayınlanan Sağlık Sigortası Genel Şartları hükümlerine tâbi olup, yine Hazine Müsteşarlığı tarafından ileride yapılacak değişiklikler bu sözleşme için de geçerli olacaktır.

5. PRİM ÖDEMELERİ

Kişi başına yıllık sigorta primi, Sağlık Sigortası Teknik Esasları uyarınca Sigortacı tarafından hesaplanır. Sigorta Ettiren için ayrı ayrı hesaplanan ve mutabık kalınan prim borcu tutarını ve sözleşme süresi içerisinde, işbu Sözleşme'ye ek olarak düzenlenecek poliçe ve zeyilnamelerde hesaplanan prim borcunu, Prim/Ödeme Planı Tablosu'nda ve zeyillerin üzerinde bulunan nihai ödeme planı (zeyiller ana poliçe ödeme planı uyarınca vadelendirilecektir.) çerçevesinde Sigortacı'nın hesabına ödeyecektir.

Sözleşme ekinde Prim/Ödeme Tablosu'nda belirtilen son taksit vadesinden sonra düzenlenen zeyillere ait primler peşin olarak tahsil edilir.

Sigorta priminin tamamı veya ilk taksidi ödenmediği takdirde, poliçe teslim edilmiş olsa dahi Sigortacı'nın sorumluluğu başlamaz.

Sigorta Ettiren poliçesi için belirlenen prim tutarının ödenmesinde gecikilen her gün için TCMB tarafından belirlenen ticari avans faizi üzerinden temerrüt faizi ödemeyi ve

ödemelerden herhangi birinin zamanında yapılmaması halinde bakiye prim taksitlerinin muaccel hale geleceğini peşinen kabul ve taahhüt eder.

Sigorta ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/ kararlaştırılan prim ödeme vadeleri kesin vade niteliğindedir. Sigorta Ettiren, kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesi uygulanır. Sigortacı'nın, Sigorta Ettiren'in temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 8 uyarınca, prim borcunun ödenmemesi nedeni ile Sigortacı'nın sözleşmeyi fesih hakkı saklıdır.

İşbu sözleşmeyi imzalayan Sigorta Ettiren bu Sözleşme'den kaynaklanan prim borcunu kendilerini temsil etmesi için seçtiği ilgili aracının hesaplarına ödemesi bu Sözleşme ile imza altına alınmış olan Sigorta Ettiren'in Sigortacı'ya karşı prim borcunun ifası ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirdiği anlamına gelmeyeceğini Sigorta Ettiren peşinen kabul ve beyan eder. Sigortacının, Sigorta Ettiren'in aracıya genel bir yetkilendirme ile verdiği tahsilat yetkisi, Sigorta Ettirenin, prim borcunun ifası ile ilgili Sigortacıya karşı yükümlülüklerini ortadan kaldırmamaktadır. Sigorta Ettiren ile Sigortacı arasında aksi yönde yapılmış bir mutabakat olmadığı sürece Sigortacı'nın hesaplarına geçmeyen prim ödemeleri yapılmış sayılmaz.

6. POLİÇE İPTALİ

Sigorta Ettiren, Sigortacı'dan Sözleşme'nin iptalini talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için; Sigorta Ettiren tarafından düzenlenen, sözleşmenin iptal edilmesi istenen tarihi ve gerekçesini içeren iptal bildirim yazısının Sigortacı'ya ulaştırması gerekir.

Sigorta Ettiren, sigorta sözleşme başlangıç tarihinden itibaren ilk onbeş (15) gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunmak suretiyle, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat ödemesinin olmaması kaydıyla sigortadan cayma ve ödemiş olduğu primi kesintisiz iade alma hakkına sahiptir.

Ancak, sözleşme başlangıç tarihinden itibaren ilk onbeş (15) gün içerisinde gönderilmeyen iptal taleplerinde ve/veya ilk onbeş (15) gün içerisinde risk gerçekleşmiş, iptal talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat ödemesinin olması durumunda, Sigortacı teminat kapsamına aldığı ve ödemiş olduğu sağlık giderleri ile idari ve istihsal giderlerini prim zeyili yaparak iptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren'den tahsil eder, ve varsa iade edilecek prim tutarını Sigorta Ettiren'e iptal talebinin kendisine ulaştığı tarihten itibaren beş (5) gün içerisinde iade eder.

Sigorta sözleşme başlangıç tarihinden itibaren ilk onbeş (15) gün sonrasında gönderilen iptal taleplerinde ise, Sigortalılara ödenen tazminatlar ile idari ve istihsal giderlerinin iptal tarihi itibarıyla gün esaslı hesaplanan kısmının toplamı, Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı tahsil ettiği primlerden almaya hak kazandığı primleri düşerek kalan primleri iptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren'e iade eder.

Sigortalılara ödenen tazminatlar ile idari ve istihsal giderlerinin iptal tarihi itibarıyla gün esaslı hesaplanan kısmının toplamı, Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını aşıyor ancak Sigortacı'nın tahsil ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı ilgili tazminat tutarını ve idari ve istihsal giderlerinin gün esaslı olarak hesaplanan kısmını tahsil ettiği prim tutarından düşerek kalan primi iptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren'e iade eder. Sigortalılara ödenen tazminat tutarı ile idari ve istihsal giderlerinin iptal tarihi itibarıyla gün esaslı hesaplanan kısmının toplamı, hem Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını hem de iptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren'in ödediği primleri aşıyorsa prim iadesiz iptal yapılır ve rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin Sigortacı'nın ödediği/ ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

İptal talebinde bulunan Sigorta Ettiren'in isteği üzerine sözleşmenin iptali en fazla onbeş (15) gün geriye dönük yapılabilir.

İşbu Sözleşme hükümleri çerçevesinde sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması vb gibi her türlü kötü niyetli hareketin saptanması durumunda Sigortacı, teminat kapsamına aldığı ve ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve Sigortalı'yı varsa bağımlıları ile beraber poliçeden çıkartma hakkına sahiptir. Sigortalı'nın, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile Sigortacı'nın uğrayacağı zararlardan sigortalının bulunduğu poliçenin Sigorta Ettireni, Sigortalı ile birlikte sorumludur.

7. FESİH

Taraflardan her biri, bu Sözleşme'yi, Sözleşme'nin yürürlükte olduğu süre boyunca, sebep göstermeksizin ve tazmin yükümlülüğü altına girmeksizin diğer tarafa üç (3) ay önceden noter aracılığıyla bildirimde bulunmak suretiyle tek taraflı olarak feshetme hakkına sahiptir. Fesih hakkının Sigortacı veya Sigorta Ettiren tarafından kullanılması durumunda fesih hakkını kullanan Sigorta Ettiren için 6. madde de prim iadesi ile ilgili belirlenmiş olan hükümler uygulanmaya devam edilir.

Bu Sözleşme'nin, Genel ve Özel Şartların esas hükümlerinden bir veya bir kaçının ihlal edilmesi veya yükümlülüklerin tam veya zamanında yerine getirilmemesi halinde Sigortacı veya Sigorta Ettiren'den her biri karşı tarafa onbeş (15) günlük süre vererek noter aracılığı ile ihtarda bulunarak ihlale son verilmesini ve yükümlülüklerin yerine getirilmesini talep eder.

Bu süre sonunda ihlale son verilmemesi, yükümlölüklerin yerine getirilmemesi halinde, diğler taraf başkaca bir ihtarla gerek kalmaksızın, sözleşmeyi derhal feshedebilir.

Sigorta Ettiren'in, prim borcunu vadesinde Sigortacı'ya ödememesi hali bu hükümden müstesnadır.

8. SİGORTALANABİLECEK KİŞİLER

Başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilmiş ve sigortalanmak üzere ilk başvurdıkları tarihte 64 (dahil) yaşından küçük olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir. Ancak, Sigortacı kesintisiz devam eden sözleşmelerde 65 (dahil) yaşından büyük olan kişilerin sigortasını, Risk Kabul Birimi tarafından yapılacak tıbbi ve teknik analiz sonucuna göre, reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi, vb) kabul etme hakkına sahiptir.

Personelin 18 (dahil) yaşından küçük çocukları ve 18 ile 24 (dahil) yaş arası çocukları da, tarafların kabul etmesi koşuluyla Teminat ve Prim/Ödeme Planı Tablosu'nda belirtilen çocuk primi ile sigorta kapsamına dahil edilebilirler. Eş ve 25 (dahil) ile 29 (dahil) yaş arasındaki çocuklar ise tarafların kabul etmesi koşuluyla Teminat ve Prim/Ödeme Planı Tablosu'nda belirtilen ilgili prim ile sigorta kapsamına dahil edilebilirler.

Ancak, personel sigortalanmadan eş ve çocukları sigorta kapsamına alınamaz.

9. COĞRAFİ SINIR

Bu sigorta teminatları sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir.

10. SERTİFİKA VE SİGORTALI KİMLİK KARTI

Sigortacı, sigorta kapsamına alınan her bir Sigortalı adına, Sözleşme ile temin edilen menfaatleri gösteren bir katılım sertifikası ve talep edilmesi halinde sigortalı olduklarını gösteren bir Sigortalı kartı verecektir.

Sigorta Ettiren sigortalıları, Türk Ticaret Kanunu'nun 1423. maddesi ve Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik'in 5. maddesi uyarınca, işbu Sözleşme ve ekleri ile ilgili bilgilendirmekle, hak ve yükümlölükleri hakkında bilgi vermekle yükümlüdür.

Sigortalı, bu Sözleşme, ekleri ve sair içeriğini bilmediği iddiasında bulunamaz.

11. SİGORTALILARLA İLETİŞİM

Sigortalılarla olan yazışma ve prim ödemelerinde Sigortacı'nın muhatabı Sigorta Ettiren olup, Sigortacı, lüzum halinde sigortalılara Sigorta Ettiren aracılığıyla bildirim yapabilir.

Sigortalılarla olan yazışma ve prim ödemelerinde Sigortacı'nın muhatabı Sigorta Ettiren ve Sigorta Ettiren'in İnsan Kaynakları Departmanı ve/ veya sigorta işlemlerinin yürütölmesi için

Sigorta Ettiren tarafından görevlendirilen ilgili departman ve/veya varsa Sigorta Ettiren tarafından yetkilendirilen Aracı olup, Sigortacı, lüzum halinde sigortalılara da bu kişiler aracılığıyla, bildirim yapabilir ve sigortalılara ilişkin bu kişilerden bilgi talebinde bulunabilir.

Hazine Müsteşarlığı'nın 2014/4 sayılı Genelgesi'nin 8. maddesi gereğince; Sigorta Ettiren ve sigortalı, sigortalının iletişim bilgilerini güncellemekle mükellef olup, sigortalı iletişim bilgilerinin eksik ve/veya hatalı olması durumunda Sigorta Ettiren'e ait olacaktır.

Sigortacı'nın Türk Ticaret Kanunu'nun 1423. maddesi ve Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik ve ilgili diğer mevzuat kapsamındaki yükümlülükleri Sigorta Ettiren'e karşı yerine getirilecek olup, Sigorta Ettiren bu konuda sigortalıları bilgilendireceğini, aksi halde Sigortacı nezdinde bu sebeple oluşacak doğrudan ve dolaylı her türlü zarardan Sigorta Ettiren sorumlu olacaktır.

Sağlık Sigortası Genel Şartları gereğince, Sigorta Ettiren sigortalılara ait iletişim bilgilerini bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının verilebilmesi için Sigortacı'ya iletmekle ve Sigortacı'nın bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı göstermekle yükümlüdür. Sigortalılara ait iletişim bilgilerinin Sigorta Ettiren tarafından sigortacıya bildirilmemesi nedeniyle bu maddede bahsi geçen yükümlülüğün gereği gibi yerine getirilememesi durumunda Sigortacı sorumlu tutulamaz. Sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigortacı ile paylaşılması durumunda; Sigortacı, sigortalılara ait bilgilendirme formu ve katılım sertifikalarını sigortalılara verilmesini teminen bu maddede belirlenen usule uygun şekilde Sigorta Ettiren'e teslim eder. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği Sigortacı'nın internet sayfası üzerinden sigortalıların ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur. Sigortacı, sigortalılara ait kişisel sayfaya erişim yöntemi hakkında Sigorta Ettiren'i bilgilendirir.

12. SİGORTALILARIN KİMLİK BELGE ÖRNEKLERİNİN TEMİNİ VE ADRESLERİNİN BİLDİRİLMESİ

Sigortacı yasal yükümlülükleri çerçevesinde sigortalılara ait kimlik belgesi örneğini ve kanuni ikametgâh adreslerini Sigorta Ettirenden ve/veya Sigorta Ettiren tarafından bildirilen İnsan Kaynakları Departmanı yetkililerinden ve/veya/ sigorta işlemlerinin yürütülmesi için Sigorta Ettiren tarafından görevlendirilen ilgili departman yetkililerinden ve/veya varsa yetkilendirmiş olduğu Aracıdan talep edebilir. Sigorta Ettiren, poliçe tanziminde bulunması gerekli olan ve Sigortacı tarafından talep edilen belge ve bilgileri, en geç poliçeye başvuru ile birlikte teslim etmek zorundadır. Sigorta Ettiren, bu belgelerin zamanında Sigortacı'ya teslim edilmemesi nedeni ile doğabilecek idari ve adli para cezaları dâhil olmak üzere tüm zararlarından müşterek ve müteselsil sorumludur.

Sigorta Ettiren Sigorta Ettiren sözleşme görüşmeleri için görevlendirdiği İnsan Kaynakları ve/veya başkaca departman yetkilileri ve/veya Aracı'nın, ekte bir sureti olan muvafakatnameyi tüm sigortalılardan temin ederek Sigortacı'ya ibraz edilmesini sağlamakla

yükümlü olup, muvafakatnamenin ibraz edilmemesinden doğacak her türlü zarardan Sigorta Ettiren sorumlu olacaktır.

13. BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigorta kapsamına alınacak her Sigortalı adayı Sağlık Beyan ve Başvuru Formu doldurmakla ve bu beyanda sağlık durumu ile ilgili bilgileri tam ve doğru beyan etmekle yükümlüdür. Sigortacı bu beyanın değerlendirilmesi sonucunda, giderleri Sigortalı adayı tarafından karşılanmak üzere ek tetkik isteme, Sigortalı adayını poliçeye kabul etmeme, teminatla mükellef olacağı riske bağlı olarak ek şart (limit, muafiyet, ekprim vb) uygulama veya poliçeye kabul edilmişse tazminatı ödememe haklarına sahiptir.

Sigorta Ettiren Sigortalıların bu yükümlülüğünü yerine getirmesini sağlamakla yükümlüdür. Aksi takdirde Sigorta Ettiren, sigortalıların, doğru ve tam beyanda bulunmamaları nedeni ile Sigortacı tarafından tazmin edilen giderlerinin rücu edilebileceğini kabul ve taahhüt eder.

Grup sağlık sigorta sözleşmesi kapsamındaki sigortalılar kendilerine verilecek Sağlık Beyan ve Başvuru Formu ile, bu formlara ek olarak verilen belgelerde kendisine ve bağımlılarına sorulan sorulara doğru cevap vermek ve kendisince bilinenleri/bilinmesi gereken rahatsızlıkları ve hastalıkları Azami İyi Niyet Prensibine uygun olarak beyan etmekle yükümlüdür.

Sigorta Ettiren, sigortalıların e-posta adreslerinin ve diğer iletişim bilgilerinin Sigortacı tarafından sigorta sözleşmesi ön görüşmeleri ve sigorta sözleşmesi ile ilgili tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin teslimi için kullanılabileceğini kabul eder.

Sigorta Ettiren, her bir sigortalının kendisinden alınmış ekteki muvafakatnameyi de cayma süresi içinde sigortacıya ibraz edeceğini, aksi halde her türlü sonucundan sorumlu olacağını kabul ve beyan eder.

Sigortalıların grup sağlık sigorta poliçesinin işbu Sözleşme şartlarına aykırı bir biçimde, bilgi gizlemek, haksız kazanç sağlamak vb. suretle sürdürülmeye çalışılması halinde, Sigortalı (Sigortalı çalışan ise bağımlıları ile beraber) sigorta kapsamından çıkarılır.

Sigortalı personel tarafından kendisi ve varsa bağımlılarının rahatsızlık ve/veya hastalıklarına ait beyan edilen bilgilerin gerçeğe aykırı veya eksik olduğunun Sigortacı tarafından poliçe yürürlükte iken öğrenilmesi durumunda, Sigortacı'nın Sigortalı/lar için yeniden risk analizi yapma hakkı saklıdır. Sigortacı, yapılan değerlendirme sırasında, Sigortalı'dan yeni Sağlık Beyan ve Başvuru Formu alma, poliçe teminat limitleri haricinde yaptırılmak üzere rapor, ek tetkikler vb bilgi/ belge talep ederek ek şart (limit, muafiyet, ekprim vb) uygulama veya poliçe kapsamından Sigortalı'yı ve varsa bağımlılarını çıkarma hakkına sahiptir.

Sigorta Ettiren/ Üst Grup ve Sigortacının mutabakata vararak, sigortalı adaylarından Başvuru ve Beyan Formu alınmamasına karar verilmesi halinde Sigorta Ettiren ve Sigortacı birlikte mutabık kalarak beyan yükümlülüğü yerine geçecek bir başka yöntem üzerinde anlaşabilirler. Sigortalı adayının, beyan formu doldurmaması/ beyan formunun doldurulmamasına karar verilmesi hallerinde ve/veya Sigortalı adayının Sigortacı'ya sağlık geçmişi bilgilerine erişim yetkisi vermediği durumlarda, giderleri Sigortalı adaya ait olmak üzere, Sigortacı tarafından sigortalı adayının sağlık durumuna ilişkin hekim görüşü istenebilir.

14. TEMİNATLAR

14.1. ANA TEMİNATLAR

14.1.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNATLARI

Sigortacı, bu ürüne özel anlaşma yapılan kurum ve/veya kuruluşlarda oluşacak, SGK kapsamında alınan sağlık hizmetleri için SUT dahilinde SGK tarafından finansmanı sağlanan SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve sigortalı katılım payı oranları dâhilinde ve varsa poliçede tanımlı istisna/ lar doğrultusunda Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar'a uygun olarak karşılar. Yapılacak tedavi ve işlemin ancak hastanede ve hastane olanaklı sağlık kurumunda yapılması şartıyla en az yirmidört (24) saat yatış gerektiren işlemler Yatarak Tedavi olarak değerlendirilir.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir. Tetkik amaçlı yatışlar, yatarak tedavi teminatı kapsamı dışındadır.

Sigorta süresi içinde oluşan bir kaza veya hastalık nedeniyle hastanede yatarak tedavisi devam eden Sigortalı için teminat, poliçedeki teminat limitlerine, poliçede yer alan istisna ve muafiyetlere, bekleme sürelerine ve Poliçe Özel ve Genel Şartlarına tabi olmak koşuluyla aşağıda yer alan teminatlarda da işbu hüküm kapsamında Sigortacı tarafından karşılanır. Ancak, Sigortacı bünyesinde yenilenmeyen poliçelerde bu süre hiçbir şekilde poliçe bitim tarihinden itibaren on (10) günü geçemez. Poliçe iptal edildiği veya başka bir sigorta şirketine transfer olduğu takdirde ise, iptal tarihinden sonra gerçekleşen tedaviler kapsam dışındadır.

14.1.1.1. Ameliyat

Cerrahi ve ortopedik müdahalelere ilişkin sağlık giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Tedavinin ameliyat gerektirmesi durumunda; ameliyat öncesi anestezi doktorunun istemiş olduğu rutin pre-op tetkikler, ameliyathane kirası, operatör, anestezi uzmanı ve asistan doktor ücretleri, oda, yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır) giderleri, anestezi ilaç ve sarf malzemelerine ilişkin giderler, teminat tablosunda belirtilen limitler ile işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları dahilinde bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigortalı'nın, acil tıbbi durumlar haricinde, planlanmış ameliyatları için ameliyatı yapacak olan doktor tarafından doldurulacak Özel Sağlık Sigortası Bilgi Formu'nu, kırksekiz (48) saat öncesinden Sigortacı'ya göndermesi gerekmektedir.

Teminat kapsamına giren ve girmeyen ameliyatların bir arada yapılması durumunda, işbu teminat kapsamına girmeyen ameliyat veya ameliyatlarla ilgili sağlık giderleri karşılanmaz.

14.1.1.2. Hastanede Tedavi (Ameliyatsız Tedavi)

Ameliyat gerektirmeyen ve tedavinin sağlık kurumunda en az 24 saat yatış (normal oda ya da yoğun bakım) gerektirmesi durumunda ilgili tüm sağlık giderleri i bu teminat kapsamında değerlendirilir.

14.1.1.3. Suni Uzuu

Sigortalılık süresi içinde meydana gelen kaza veya hastalık sonucu gerekli olacak (suni el, kol, bacak, meme (meme ucu dahil), göz vb.) protez ve cerrahi uygulamasına ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sözleşme kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi operasyonu sonrası, gerekli olan meme protez ve rekonstrüktif cerrahisine ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

14.1.1.4. Kemoterapi - Radyoterapi Diyaliz

Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz ile ilgili tüm giderler, (doktor, oda-yemek-refakatçi, ilaç, venöz port açılması, tedavinin hemen öncesinde yapılan kontrol testleri vb.) bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Hepatit C tedavisinde kullanılan 'interferon alpha' etken maddeli ilaçlar (Roferon-A ya da Intron A) ve 'peginterferon alpha' etken maddeli ilaç (Pegasys ya da pegintron) giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

14.1.1.5. Kemoterapi - Radyoterapi – Diyaliz Tetkik

Kemoterapi ve Radyoterapi sonrasında, hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan muayene ve tetkiklere ait giderler ise, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz tetkik teminatı kapsamı kapsamında değerlendirilir. İlgili giderlerin, Kemoterapi – Radyoterapi- Tetkik teminatını aşması durumunda, sigortalının ayakta tedavi teminatları var ise, bu giderler ilgili ayakta tedavi teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

14.1.1.6. Küçük Müdahale

Cerrahi ve ortopedik müdahaleler (tüm cilt kesileri için yapılan girişimler, kırık ve çıkıklara yapılan müdahaleler, alçı veya atel uygulama, yabancı cisim çıkarılması, tam lezyon

ıkarılması ile (eksizyonel) yapılan biyopsi işlemleri vb.) ayakta ya da yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Küçük Müdahale Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme, ilaç ve müdahaleyi yapan doktor ücreti bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Müdahale öncesi/sonrası yapılan doktor muayeneleri ve tetkik giderleri, ilgili Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilir

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon vb) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamında değerlendirilir.

PUVA tedavisine (Ultraviole ışınlıya deri hastalıklarının tedavisi) ilişkin giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

14.1.1.7. Acil Ulaşım

Hayati tehlike gösteren acil hallerde Sigortalı'nın, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna nakli için yapılan masraflar Sigortacı'nın onay vermesi kaydıyla bu teminat kapsamında ödenir. Sigortalı'nın bulunduğu yerde tedavisi mümkün değil ve sağlık durumu, bulunduğu yere en yakın olan donanımlı bir sağlık merkezine kara ambulansıyla taşınması sağlanabilir. Uluslararası ambulans taşıma hizmeti kapsam dışıdır.

14.1.1.8. Rehabilitasyon ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı

Rehabilitasyon: Sigortalı'nın Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında gerçekleşmiş tedavisi ile ilgili rehabilitasyon giderleri, hastaneden taburcu olduğu tarihten itibaren otuz (30) gün içerisinde başvurulması kaydıyla nörolojik rehabilitasyon (serebral veya spinal travma, serebrovasküler olaylar, hemiplejiler, nörojenik mesane, nörolojik hastalıklar sonrası ortaya çıkan spastisite, doğuştan olmayan nörolojik kas hastalıkları, spinal müsküler atrofiler, miyopatiler, müsküler distrofiler) bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Ameliyat Sonrası Fizik tedavi: Geçirilmiş ameliyatlarda sonrasında gereken ortopedik rehabilitasyon (travma ve ortopedik ameliyatlarda rehabilitasyon, implante edilen protezlerin kullanımı, kontarktörlerin açılması) bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir. Her iki durumda da gereken tedavi maksimum 30 seans ile teminat kapsamına alınmıştır.

14.1.1.9. Evde Bakım

Sigortalının sağlık kurumlarındaki yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için Sigortalı'nın sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde veya Sigortacı'nın onay vermesi halinde bir tıbbi bakım merkezinde, sadece tıp eğitimi görmüş personel (doktor, sağlık memuru, hemşire gibi) tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin sağlık giderleri ve tıbbi malzeme giderlerini kapsar. Evde Bakım giderleri, sigorta süresi içinde en fazla sekiz (8) haftaya kadar ödenir.

Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için, Sigortalı'yı tedavi eden doktor tarafından yazılan ve Sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir tıp eğitimi görmüş personel eşliğinde Sigortalı'nın sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde sürdürülmesi gerektiğini belirten bir raporla Sigortacı'ya bildirilmesi, hizmetin hastaneye yatış nedeniyle ilgili tedavinin devamını oluşturması, bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin evde bakım gerçekleşmeden önce Sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

Sigortalının günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, yatağa bağımlı olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, ağız yoluyla ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor olması, üriner kateter bulunması, evde yalnız yaşıyor olması ve sosyal desteğe gereksinimi olması gibi nedenlerle alınan Evde Bakım Hizmetleri bu teminat kapsamına girmez.

14.1.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Sigortacı, bu ürüne özel anlaşma yapılan kurum ve/veya kuruluşlarda oluşacak, SGK kapsamında alınan sağlık hizmetleri için SUT dahilinde SGK tarafından finansmanı sağlanan SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve sigortalı katılım payı oranları dâhilinde ve varsa poliçede tanımlı istisna/lar doğrultusunda Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar'a uygun olarak karşılar.

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, Sağlık Kurumları'nda yapılan doktor muayene, görüntüleme işlemleri, laboratuvar işlemleri ile fizik tedavi giderleri aşağıda tanımlamaları yapılan Ayakta Tedavi Teminatları kapsamında Sigortacı tarafından karşılanır.

Triyaj uygulamasında Yeşil ve Sarı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

14.1.2.1. Doktor Muayene

Sigortacı'nın Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için sözleşme yapmış olduğu ve aynı zamanda GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan sağlık kurumları bünyesinde kadrolu olarak çalışan (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) tıp doktoru tarafından yapılacak muayenelere ait giderleri kapsar.

14.1.2.2. Laboratuvar

Hastalığın tanısı ve ileri tetkiki için gerekli olan tahliller ile kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Hepatit markerlerine ait giderler, sadece karaciğer enzim değerlerinin normal değerlerin üzerinde olması durumunda bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Rutin smear testleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

14.1.2.3. Görüntüleme

Hastalığın tanısı için gerekli görülen radyolojik tetkikler, ultrasonografi, mammografi, ilaçlı ve ilaçsız grafiler, EKG odyometri EMG, ürografi ve benzeri görüntüleme giderleri bu işlemler esnasında kullanılan kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

14.1.2.4. Modern Teşhis

Hastalığın tanısı için tıbbi gereklilik dolayısıyla uygulanan modern teşhis yöntemleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

14.1.2.5. Fizik Tedavi

Hastalığın tedavisi için gerekli görülen fizik tedavi giderleri, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

14.1.2.6. Yardımcı Tıbbi Malzeme

Hastalığın tedavisi için gerekli olan atel, elastik bandaj, ortopedik tabanlık, bot, boyunluk, varis çorabı, koltuk değneği, dizlik, bileklik, kol askısı, oturma simidi, tıbbi nebulizatör, işitme cihazı (cihaz bakımı ve sarf bedelleri hariç) gibi yardımcı tıbbi malzemeler ile ilgili giderler, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

14.2. EK TEMİNATLAR

14.2.1. ANNELİK TEMİNATI

Doğumun sonlandırılması işlemi için yapılan normal doğum veya sezaryen işlemlerine ait doktor ve hastane giderleri ile hamilelik döneminde tıbbi gereklilik halinde amniosentez işlemi, hamilelik, düşük, zorunlu küretaj, doğum ve sezaryen komplikasyonlarına bağlı yatışlar Doğum Teminatı, hamileliği ilgilendiren her türlü kontrol muayene, rutin tetkik ve ilaçlar ise Hamilelik Rutin Kontrol Teminatı kapsamında değerlendirilir.

15. SİGORTA TEMİNAT VE PRİMLERİNDE DEĞİŞİKLİK

Sözleşme’de, Özel Şartlar’ında, teminatlarında ve primlerde Sigortacı tarafından değişiklik yapılabilir, sigortalılara tıbbi risk değerlendirmesi yaparak hastalık istisna veya sürprim,

kullanıma bağı ek prim uygulayabilir, geçerli provizyon verilen kurum ağı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri ve yıllık kullanım adetlerinde değişiklik yapabilir. Bu değişiklikler her bir Sigortalı için poliçenin bir sonraki yenileme tarihinden itibaren geçerli olur. Ancak bu poliçenin yürürlükte olduğu dönemde Sigortacı/Sigorta Ettiren'den herhangi birinin herhangi bir değişiklik talebinde bulunması ve tarafların mutabakata varması halinde, yapılan değişiklikler belirlenen değişiklik tarihinden itibaren geçerli olacak ek protokol ile uygulamaya alınır.

Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Yenileme döneminde Sigorta Ettirenin teminatları daha dar bir ürünü talep etmesi durumunda Sigortacı, yeni bir sözleşme ve/veya protokol düzenleyerek işbu Tamamlayıcı Grup Sağlık Sigortası özel şartlarında değişiklik yapabilir, özel şartlarda yapılan değişiklikler Sigorta Ettirenin sorumluluğunda olup her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

16. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin (ÖBYG) verilir verilmeyeceği, aşağıda belirtilen durum ve şartlarla değerlendirilerek kararlaştırılacaktır. Sigortalı'nın ÖBYG hakkı olmasına rağmen beyansızlığı ve/veya eksik beyan tespit edilmesi durumunda Sigortacı, yeniden risk analizi yaparak ek şart (muafiyet, limit, ekprim, bekleme süresi vb) uygulama , ÖBYG'ni ve/veya sigorta sözleşmesini iptal etme hakkına sahiptir.

16.1. İlk Giriş ve Mevcut Sigortalılar İçin Yenileme Garantisi Uygulaması

Sigortacı tarafından Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) verilmemiş olan Sigortalılara; Sigortalı'nın, elli altı (56) (hariç) yaşından önce ilk defa sigortaya girmiş olması, Sigortacı bünyesinde kesintisiz üç (3) yıl sigortalı kalması, ve bu süre içerisinde "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesine uygun davranması halinde, Risk Kabul Birimi tarafından yapılacak teknik değerlendirme sonucuna göre ilgili Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigorta Sözleşmesi kapsamında ÖBYG verilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi, Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigorta Sözleşmesi altında ömür boyu yenileneceğini ifade eder. Sigortalının aralıksız olarak sözleşme kapsamında yer alan diğer Sigorta Ettiren nezdinde istihdam edilmesi halinde, Sigortalının ve bağımlılarının ÖBYG hakkı korunacaktır. Sigortacı'nın teknik değerlendirme sonucuna göre, yenileme garantisi verme veya vermeme hakkı saklıdır.

16.2. Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması

Aksi kararlaştırılmadıkça, önceki sigorta şirketinde bu grup sözleşmesi kapsamında sigortalanmış tüm kişi ve varsa bağımlılarının, Sigortacı bünyesindeki poliçe başlangıç tarihi itibarıyla yedi (7) iş günü içerisinde bildirilmesi koşulu ile diğer sigorta şirketindeki kazanılmış

hakları (sigortalılık süresi, muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi, vb.) ve ÖBYG hakkı korunacaktır.

Ancak, diğer sigorta şirketlerinde herhangi bir sağlık sigorta poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, diğer sigorta şirketinden ayrılarak, ara dönem grup poliçesine giriş yapması halinde, sigortalı olduğu önceki şirketinden kazanılmış haklarını gösteren belgelerin Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir. Diğer sigorta şirketinde ÖBYG olsun olmasın aşağıda belirtilen hastalıklar için risk analizi yapılacaktır. Yapılan değerlendirme sonucunda, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi vb) uygulama, ÖBYG hakkını verme veya vermeme hakkı saklıdır.

- Kalp ve damar hastalıkları (hasta sinüs sedromu, kardiyomyopati, emboli, serebrovasküler hastalıklar, anevrizma, kalp yetmezliği, iskemik kalp Hastalıkları, miyokard enfarktüsü, kalp kapak hastalıkları, By Pass geçirenler, PTCA, Stent vb),
- Kanser,
- Metabolik ve endokrin hastalıklar (diabet, addison hastalığı, cushing sendromu vb)
- Böbrek hastalıkları (böbrek yetmezlikleri, tek böbrekliler, polikistik böbrek, üremi, nefrit, sünger böbrek, vb),
- Organ yetmezlikleri ve organ nakilleri,
- Merkezi sinir sisteminin organik ve ilerleyici hastalıkları (alzheimer, parkinson, serebral palsy, multipl skleroz vb.),
- Motor nöron hastalıklar,
- Her türlü kist-kitle (pankreatik kist beyinde kitle vb),
- Karaciğer (siroz, tüm hepatitler vb) ve akciğer hastalıkları (Tüberküloz, Sarkoidoz, Pnömonyoz, KOAH amfizem, pulmoner hipertansiyon vb),
- İmmün sistem hastalıkları (sistemik lupus eritematosus, guillain barre vb)
- Diğer Kronik Hastalıklar (Romatoid Artrit, Ankilozan Spondilit, Behçet, FMF, hemofili, pansitopeni, ITP, aplastik anemi, omurilik hasarı ve fıtıkları, mide fıtığı, hidrosefali, crohn, ülseratif kolit, myastenia gravis, myopatiler, musküler distrofiler, pankreatit)
-

Eğer kazanılmış bir ÖBYG hakkı yok ise 16.1 maddesi uygulanacaktır.

16.3. Grup Poliçesinden Ferdi Poliçeye Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması

Grup sözleşmesi kapsamında verilen ÖBYG hakkının, ferdi poliçeye geçiş sırasında geçerli olabilmesi için, Sigorta Ettiren bünyesinden emekli olma, istifa etme veya işten çıkarılma sonrası ayrılma sonucu poliçeden çıkış ya da Sigorta Ettiren/ Sigorta Ettiren'in hiçbir sigorta

şirketinden sağlık poliçesi yaptırmama kararı alması sonrasında poliçelerinin iptal edildiği tarihten itibaren en geç otuz (30) gün içerisinde başvurulması gerekmektedir. Bu durumdaki Sigortalı'nın Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında bulunan tüm bağımlılarıyla birlikte ve gruptaki sağlık teminatları itibarıyla muadil veya en yakın Tamamlayıcı sağlık teminatları içeren bir ürüne geçmesi esastır. Bu geçişlerde, hamilelik ve doğum teminatı için kazanılmış hakları dikkate alınmayacaktır.

Öte yandan, bu geçiş sırasında, tıbbi risk değerlendirilmesi, grup bünyesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkının kazanıldığı tarihe kadar gerçekleşen tazminat detayları ve sigortalının sağlık durumu dikkate alınarak yapılacaktır. Yapılan bu değerlendirme sonucunda, Sigortacı'nın ek şart (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi vb) uygulama, ÖBYG hakkını verme /veya vermeme hakkı saklıdır.

Yukarıda belirtilen şartların sağlanmaması durumunda ise, sigortalının tüm sigortalılık süresi dikkate alınarak yeniden risk analizi yapılacaktır.

Sigortacı'nın ÖBYG verdiği Sigortalılarına sunduğu bireysel sağlık poliçesi, poliçenin yürürlükte olduğu dönemdeki (tüm portföyü için geçerli olan) bireysel Özel Şartlara tabidir. Yaşam boyu gün limiti (720 gün) aşılmadığı sürece, "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" geçerlidir.

17. KAZANILMIŞ HAKLAR

Sigorta Ettiren, daha önce sigortalı oldukları şirket ve sigortalılara ait kazanılmış haklarla ilgili bilgileri Sigortacı'ya bildirmekle yükümlüdür. Daha önce sigortalı olunan şirketten gelen kazanılmış hak bilgileri Sigortacı'nın onayı ile devralınır.

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

Sigorta Ettiren bünyesinde poliçeye ara dönemde giriş yapacak olan Sigortalı'ların poliçe kapsamına dahil olmadan önce başka bir sigorta şirketinde devam eden grup ya da ferdi sağlık poliçesinden ötürü kazanılmış hakları varsa, bu haklar iki sigorta arasında otuz (30) günden fazla bir kesinti olmaması ve Sözleşme'de belirtilen giriş maddesindeki başvuru gün sınırlamasına uygun olması şartı ile madde 16.2 dahilinde kazanılmış hakları devralınır.

İlk sigortalılık tarihi, bekleme süresi (annelik ve doğum teminatı dahil), poliçeye uygulanan ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi, vb) ve ÖBYG, Kazanılmış Hak olarak değerlendirilir. Eski poliçesinde kapsam dahilinde olan teminat ve hastalıklar ile ilgili

harcamalar, işbu Sözleşme kapsamında bulunmuyor ise kazanılmış hak olarak kabul edilmez ve herhangi bir tazminat ödemesi yapılmaz.

Sigortalı'nın önceki sigortalılık bilgisi Sigortacı'ya bildirilmediyse, sonradan kanıtlanması halinde kazanılmış hakları madde 16.2 dahilinde devralınır.

18. POLİÇEYE GİRİŞ İŞLEMLERİ

Sigorta Ettiren sigortaya dahil olacak personel ve varsa bağımlılar ile ilgili Sigortacı tarafından istenilen bilgileri ve Sigortalı adaylarına ait en son sağlık durumlarını gösteren Sağlık Beyan ve Başvuru Formu'nu, gönderilen bilgilerde değişiklik olması halinde değişen bilgileri Sigortacı'ya 5 iş günü içinde bildirmekle yükümlüdür.

Sigortacı, gerekli gördüğü durumlarda Sigortalı/Sigortalı adayından her türlü bilgi ve belgeyi talep etme hakkına sahiptir.

Sigortacı, risk analizi sonucunda Sigortalı adaylarını poliçeye kabul etmeme ya da ek şart (ekprim, limit, muafiyet, bekleme süresi vb) uygulayarak kabul etme hakkına sahiptir.

Sigortacı'nın gerekli gördüğü durumlarda, sigorta başlangıç tarihinden sonra işe alınan/sigortaya hak kazanan personel ve varsa bağımlılarının poliçe kapsamına alınması için aşağıda belirtilen belgelerin işe giriş/sigortaya hak kazanış tarihi itibarıyla en geç otuz (30) gün içerisinde Sigorta Ettiren tarafından Sigortacı'ya ulaştırılması gerekmektedir.

- Sigorta Ettiren tarafından yazılan sigortaya giriş talep yazısı,
- Sigortaya dahil edilecek personelin ve bağımlıların Sağlık Beyan Formu,
- Sigortaya dahil edilecek personelin işe giriş bildirgesi.

Sigorta girişleri işe giriş/sigortaya hak kazanış tarihi itibarıyla yapılacaktır. Talebin, işe giriş/sigortaya hak kazanış tarihi itibarıyla ilk otuz (30) günden sonra ulaştırılması halinde güncel tarihli doldurulan Başvuru ve Sağlık Beyan Formu'nun Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir. Talep, Sigortacı'ya bildirim yapılan tarihle işleme alınabilecektir. Sigorta Ettiren, poliçeye giriş talebinin işe giriş/sigortaya hak kazanış tarihi itibarıyla ilk otuz (30) günden sonra ulaştırılması durumunda, personelin geriye dönük poliçe kapsamına dahil edilmesi için talepte bulunamaz.

Grubun personel yönetmeliğinde sağlık sigortası uygulamasıyla ilgili özel bir şart var ise bu şartların Sigorta Ettiren tarafından poliçe başlangıç tarihinde, poliçe döneminde yapılacak değişikliklerin ise en geç otuz (30) gün içerisinde Sigortacı'ya yazılı olarak bildirilmesi zorunludur.

Sigortalı personelin grupta sigortalı iken evlenmesi ve eşin sigorta kapsamına alınmasının talep edilmesi durumunda, evlilik cüzdanı fotokopisi ve Sağlık Beyan ve Başvuru Formu ile evlilik tarihini takip eden otuz (30) gün içerisinde Sigorta Ettiren tarafından giriş talebinde bulunulması gereklidir. Değerlendirme sonucunda eş, evlilik tarihi itibarıyla sigorta kapsamına alınabilir.

Sigortalı personelin grupta sigortalı iken çocuğunun olması ve çocuğun sigorta kapsamına alınmasının talep edilmesi durumunda, yeni doğan bebeğin sigortaya dahil edilme talebinin Sigorta Ettiren tarafından Sağlık Beyan ve Başvuru Formu ile birlikte en geç doğum tarihinden itibaren otuz (30) gün içerisinde yapılması gereklidir. Personelin yeni doğan bebekleri, ondördüncü (14.) günden sonra yapılacak risk analizi sonucunda sağlıklı olması durumunda, doğduğu gün itibarıyla sigortalı olabilir. Poliçeye eklenecek, yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocukların primleri, yıllık prim üzerinden gün esasına göre hesaplanarak alınacaktır. Yeni doğan bebeğin doğuştan gelen hastalıkları ile kuvöz ve prematüre giderleri kapsam dışıdır.

Sigortalı personelin grupta sigortalı iken evlat edinmesi durumunda, konuyla ilgili resmi belgeler ve Sağlık Beyan Formu ile evlat edinme tarihini takip eden otuz (30) gün içerisinde Sigorta Ettiren'in giriş talebinde bulunması halinde sigorta kapsamına alınabilir.

Yukarıda belirtilen sürelerle uyulmaması ve Sigorta Ettiren tarafından grup sağlık sigorta kapsamına bağımlı girişinin talep edilmesi halinde, güncel tarihli Başvuru ve Sağlık Beyan Formu'nun Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir. Talep, Sigortacı'ya bildirim yapılan tarihle işleme alınabilecektir. Sigorta Ettiren, poliçeye giriş talebinin sigortaya hak kazanış tarihi itibarıyla ilk otuz (30) günden sonra ulaştırılması durumunda, bağımlıların geriye dönük poliçe kapsamına dahil edilmesi için talepte bulunamaz.

Sigorta Ettiren, Sigortaya hak kazanmasına rağmen poliçe kapsamına alınması için Sigortacı'ya bildirim yapılmayan personel ve bağımlıların, grup sağlık sigortası poliçe yenileme döneminde ilk otuz (30) gün içerisinde poliçe başlangıç tarihi ile dahil edilmesi için talepte bulunabilir. Bu kapsamda yenileme döneminde poliçeye yeni giren kişilerin sigortaya giriş beyan yükümlülük tarihi, poliçe başlangıç tarihi değil, kişinin başvuru tarihi olarak dikkate alınacaktır.

Yukarıda belirtilen şartlar doğrultusunda poliçeye girişi yapılacak personel ve bağımlılar için aşağıdaki şartlar uygulanacaktır:

- İlk defa sigortalananlar: Sigortalı adaylarına risk analizi yapılacak ve bekleme süresi uygulanacaktır.

- Başka şirketten geçişler: Geçiş bilgilerinin yedi (7) gün içerisinde bildirilmesi koşuluyla 16.2 Maddesi uygulanacaktır.

Poliçe giriş şartlarında belirtilen süre sonrasında Sigortacı'ya personel ve/veya bağımlı ile ilgili giriş talepleri, Sigortacı tarafından değerlendirilecek ve uygun görülmesi halinde poliçeye dahil edilebilecektir. Bu şartın uygulanması Sigortacı'nın inisiyatifindedir.

Askere giden personelin, askerlik bittikten sonra en geç otuz (30) gün içerisinde tekrar gruba dahil edilmek istenmesi halinde, Sağlık Beyan Formu alınarak askere gitmeden önceki kazanılmış haklarını kaybetmeden sigorta başvurusu kabul edilir. Askerlik döneminde ortaya çıkan hastalıklar kapsam dışıdır.

Yurtdışına bordrolu olarak giden personel ve bağımlıları, döndükten sonra en geç otuz (30) gün içerisinde tekrar grup sözleşmesine dahil edilmek istenmesi halinde, Sağlık Beyan ve Başvuru Formu alınarak yurtdışına gitmeden önceki kazanılmış haklarını kaybetmeden sigorta başvurusu kabul edilir. Yurtdışında başka bir sağlık sigortası poliçesi yok ise ilgili dönemde ortaya çıkan hastalıkları kapsam dışıdır.

Doğum iznine giden personel ile bağımlılarının, doğum izni bittikten sonra en geç otuz (30) gün içerisinde tekrar gruba dahil edilmek istenmesi halinde, Başvuru ve Sağlık Beyan Formu alınarak doğum iznine gitmeden önceki kazanılmış haklarını kaybetmeden sigorta başvurusu kabul edilir. Doğum izni döneminde ortaya çıkan hastalıklar kapsam dışıdır. Ara dönemde yapılacak tüm giriş işlemlerinde, prim gün esasına göre hesaplanacaktır.

19. SİGORTALININ POLİÇEDEN ÇIKIŞI

İşten ayrılan personel ve bağımlılarının grup sağlık poliçesinden çıkarılması zorunlu olup, bu Sigortalı'ların poliçe kapsamından çıkış tarihi işten ayrılış tarihi itibarıyla yapılır. İşten ayrılan personelin ve bağımlılarının Sigortacı'ya zamanında ve tam olarak bildirilmesinden Sigorta Ettiren sorumlu olup, bildirim yazılı talep ile yapılması gerekmektedir. İşten ayrılan personel ve bağımlılarının zamanında ve tam olarak bildirilmemesinden dolayı Sigortacı'nın uğrayacağı her türlü zarar, söz konusu Sigortalı'ların işten ayrıldıkları tarih ile Sigortacı'ya bildirimin yapıldığı tarih arasında geçen süre içerisinde Sigortalı'lar tarafında grup poliçesi kapsamında yapılacak sağlık harcamaları nedeniyle Sigortacı tarafından ödenen her türlü tazminat Sigorta Ettiren tarafından karşılanır. Çıkış tarihi ile bildirim tarihi arasında gerçekleşen ve Sigortacı'ya çıkışın zamanında bildirilmemesi nedeniyle Sigortacı'nın ödediği tazminatlar, Sigorta Ettiren'e prim zeyili olarak yansıtılır. Personelin poliçeden çıkması durumunda, hiçbir koşula bağlı kalmaksızın bağımlıların da aynı tarih itibarıyla çıkışı yapılır.

Vefat etmiş personel, bağımlılar ve vefat eden personelin bağımlılarının poliçe kapsamından çıkışı vefat tarihi itibarıyla yapılır. Ancak, vefat eden personelin bağımlıları sigorta ettirenin

yazılı onayının olması halinde poliçe bitiş tarihine kadar poliçe kapsamında kalabilecektir. Ferdi katılımlı poliçelerde primi ödeyen personelin vefat etmesi durumunda, mevcutta prim borcu var ise kanuni varisleri tarafından prim borcunun ödenmesi şartı ile devamı sağlanacaktır.

Zorunlu gruplarda yukarıdaki sebepler dışında çıkış talebi mümkün değildir. İsteğe bağlı ve Ferdi Katılımlı Gruplarda ise, tekrar giriş işleminin yapılmaması şartı ile çıkış yapılabilecektir.

Sigorta Ettiren, iş ile ilişkisi kesilen personelin çıkış talebini aynı gün, kendi isteği ile poliçeden ayrılacak personel ve bağımlılarının çıkış taleplerini ise; talep tarihinde bildirmekle yükümlüdür.

Belirtilen sürelerle uygun bildirim yapılmayan sigortalılar için geriye dönük çıkış talebinde bulunulamaz.

İyi niyet prensipleri çerçevesinde hareket edildiği durumlarda personel ve bağımlılarının poliçeden çıkış işlemi, Tazminat/Prim (Toplam Tazminat / Kazanılmış Brüt Prim) oranına bakılmaksızın gün esaslı olarak yapılacaktır. . İyi niyet prensipleri çerçevesinde hareket edilmediğinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı söz konusu personel ve bağımlılara ilişkin tazminat tutarının tamamını Sigorta Ettiren'den isteme hakkına sahiptir.

21. SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMALARI

21.1 PROVİZYON VERİLEN SAĞLIK KURUMLARI

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

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

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

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

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

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

21.2 ELDEN ÖDEMELİ SAĞLIK KURUMLARI

SGK ile anlaşmalı olan ancak Sigortacı ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında tedavi yapılması halinde, sağlık giderleri öncelikle Sigortalı tarafından ödenir.

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

SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastaneler ve branşlarda gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

22. TAZMİNAT İŞLEMLERİ

Elden Ödemeli Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderlerinin değerlendirilebilmesi için, aşağıda belirtilen belgelerin Sigortacı'ya ulaştırılması gerekmektedir:

- a) Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kurumu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- b) GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü (tıbbi malzeme faturaları için zorunlu değildir.),
- c) Tüm sağlık giderlerinin fatura asılları ve (işlem bazlı) ayrıntılı fatura dökümleri,
- d) Yatarak tedavilerde ameliyat raporu ve/veya epikriz raporu,
- e) Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- f) Sinüzit ameliyatlarından önce Sigortalı'ya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,

- g) Fizik tedavi giderlerinde, varsa tedavi gerekliliğini gösteren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.) ve ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü),
- h) Her türlü adli olayda (trafik kazası dahil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),

Tazminat talebinin değerlendirilebilmesi için, Sigortacı tarafından gerekli görülmesi durumunda, Sigortalı'dan ek bilgi ve belge talep edilebilir. Sigortacı, sağlık giderlerine ilişkin daha fazla araştırma yapmak, Sigortalı'nın tedavisini gerçekleştirecek olan doktor, sağlık kurumu ve diğer kişilerden tanı ve/veya tedavi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, referans doktora Sigortalı'yı muayene ettirme hakkına sahiptir.

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

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

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

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

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

Elden Ödemeli kurumda gerçekleşen ve tazminat ödemesine konu olan ayakta tedavi, doğum teminatı ve Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri kapsamındaki hizmetler poliçe kapsamı dışındadır.

İlave ücret alınmayan sağlık hizmetleri aşağıdaki gibidir (Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' değiştiği takdirde aşağıdaki liste de değişecektir.);

- Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yeni doğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve hücre nakilleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Diyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri

23. BEKLEME SÜRELERİ

İlk sigortalanma tarihinden sonra ortaya çıkan ve yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler ile ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ile ilgili giderler, ilk sigortalanma tarihinden başlamak üzere 3 aylık bekleme süresi boyunca teminat kapsamı dışındadır.

Hamilelik ve Doğum ile ilgili tüm giderler, sigortalının bu teminatı almasından en az “12 ay” sigortalılık süresi sonunda geçerlidir. Bu sürenin başlangıcı olarak bu teminatın ilk alındığı tarih dikkate alınır.

24. İSTİSNALAR

Aşağıda belirtilen haller ve bu sebeple yapılacak sağlık giderleri teminat kapsamı dışındadır.

24.1 Teşhis ve tedavinin uygulandığı tarihte GSS kapsamında olmayan ve GSS tarafından ödenmeyen, SGK müstehaklığının olmadığı dönemde oluşan her türlü sağlık gideri ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 98.maddesi gereğince sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,

24.2 SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü gider

24.3 Özel şartlarda tanımlanmış olsun ya da olmasın poliçenin teminat tablosunda belirtilmeyen haller,

24.4 Sigortalı olunmadan önce var olan hamilelikler, beyan edilmemiş rahatsızlık ve hastalıklar ile bu hastalıkların periyodik devamlılık ve nüksleri,

24.5 Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformitelerin tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

24.6 Yeni doğan bebeklerin doğuştan gelen hastalıkları, kuvöz ve prematüre giderleri,

- 24.7** Skolyoz, Kifoz vb. her türlü omurga eğrilikleri, Halluks Valgus ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri,
- 24.8** HIV virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm giderler, AIDS ve komplikasyonları,
- 24.9** Her tür nedenle sünnet ve ve fimozis tedavisi
- 24.10** Penil protez, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili muayene, tetkik ve tedavi giderleri, cinsiyet değiştirme
- 24.11** Düşük nedenlerinin araştırılması, infertilite (kısırlık) teşhis ve tedavisi (ovülasyon takibi, infertilite amaçlı yapıldığı belirlenen HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.),İsteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler
- 24.12** Demansiyel sendromlar (alzheimer hastalığı ve bunamalar), psikiyatrik, geriatric hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili tüm giderler, psikiyatrik ilaçlar vb. tetkikler, her ne nedenle yapılsa yapılsın ses ve konuşma terapileri,
- 24.13** Kozmetik amaçlı yapılan her türlü tedavi, obezite ve metabolik sendrom ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri, hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili giderler,
- 24.14** Organ ve kan naklinde verici giderleri, organ ücreti ve organın ulaştırılması giderleri,
- 24.15** Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri (şaşıklık ameliyatları, ortoptik tedaviler gibi)
- 24.16** Gözde kırılma kusurlarıyla (miyopi, hipermetropi, astigmatizm gibi) ilgili her türlü tetkik, ilaç, malzeme (multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) tedavi ve komplikasyon giderleri,
- 24.17** Hastalık, Kaza sonucu veya yanma sonucu olmadığı takdirde estetik ve rekonstrüktif cerrahi, jinekomasti tetkik ve tedavileri, meme küçültme ve büyütme ameliyatları,
- 24.18** Genetik hastalıklar, genetik kusurlar ve genetik incelemeler,
- 24.19** Yalancı gebelik ile ilgili her türlü gider
- 24.20** Alerji aşıları ve alerjik hastalıkların klasifikasyon testleri,
- 24.21** Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı veya ruhsatsız her türlü farmasötik ürünler (ilaç) ve her türlü aşı ile bunların uygulanmasına ilişkin her türlü gider,
- 24.22** Horlama ve uyku apne sendromu, septum deviasyonu, konka hipertrofisi, nazal valv hastalıklarına ait tüm giderler,
- 24.23** Koroner Arter Kalsiyum Skrolama Testi, Koroner CT Anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi), sanal anjiyo, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
- 24.24** Kordon kanı ve kök hücre alınması, nakli ve işlenmesi ile ilgili tüm giderler,
- 24.25** Tıbbi ve yardımcı tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli (robotik cerrahi için robot kullanımı kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler,
- 24.26** Doktor ve Sağlık Kurumu tanımına uymayan kişi ve/veya kurumlar tarafından düzenlenen her türlü fatura ile kaplıca kürleri, çamur banyoları, şifa kürleri, masaj,

- jimnastik salonları ve zayıflama merkezleriyle ilgili giderler, çocuk bakımı, çocuk maması, bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili tüketim malzemeleri, alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan (tedavi amaçlı kullanılan medikal şampuanlar hariç), saç solüsyonu, diş macunu, tatlandırıcı, kozmetik ürünler,
- 24.27** Telefon, hasta ve refakatçi yemekleri haricindeki yiyecekler ve benzeri tüm ekstra harcamalar, suit oda farkı, Sigortacı tarafından onaylanmış Evde Bakım Teminatı dışındaki özel hemşire masrafları,
- 24.28** Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve hastalıklar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen Sigortalı'nın hastalık, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,
- 24.29** Poliçede belirtilen "Doktor" ve "Sağlık Kurumu" tanımına uymayan kişi ve kurumlara ait faturalar,
- 24.30** Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur ve PRP (Platelet Rich Plasma - Trombositten Zengin Plazma) gibi alternatif tıp uygulamaları ve her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,
- 24.31** Hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol amaçlı yapılan işlemler, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler
- 24.32** Lisanslı ve profesyonel yapılan her türlü spor sonucu meydana gelecek sakatlanma ve yaralanmalar,
- 24.33** Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi) ile ilgili her türlü gider
- 24.34** Sigortalı'nın ehliyetsiz araç kullanımı sonucu olan kazaların gerektirdiği tedavi giderleri,
- 24.35** Geri Ödeme Alınmayacak Kurumlarda gerçekleşen işlemler ile hekimlere ait giderler.
- 24.36** Sigortalının hastalık ve/veya rahatsızlık sonucu çalışamaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası
- 24.37** Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası
- 24.38** Sigortacı tarafından teminat kapsamında değerlendirilerek kabul edilen ambulans hariç her türlü ulaşım gideri.
- 24.39** GSS hak sahipliği aktif olmayan sigortalılara ait tüm giderler
- 24.40** Sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları SGK Katılım Payı
- 24.41** SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında, SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında, SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü giderler,
- 24.42** Prematürite ve Düşük Doğum Ağırlığı ile ilgili sağlık giderleri,

24.43 Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina

24.44 Sağlık Uygulama Tebliği'inde (SUT) yer almayan işlemler.

25. FERAGAT

Taraflardan her birisinin ayrı ayrı veya tek bir tarafın ve yazılı olarak muvafakat etmesi şartı ile işbu Sözleşme kapsamındaki herhangi bir hakkın kullanımından feragat, işbu Sözleşme kapsamındaki diğer haklardan feragat olarak yorumlanmayacaktır ve Sözleşme'nin diğer hükümleri yürürlükte kalmaya devam edecektir.

Sözleşme'nin her hangi bir hükmünün Sigortalı'lardan birisi için uygulanmamış olması işbu Sözleşme hükümlerinin uygulanmayacağı anlamına gelmez. Hiçbir hal ve koşulda böyle bir durum Sigorta Ettiren'e ve/veya Sigortalı'ya talep hakkı vermez.

26. DEVİR YASAĞI

Taraflar işbu Sözleşme'den kaynaklanan hak ve alacaklarını hiçbir suretle başkasına devir ve temlik edemez. Aksi bir uygulama Sözleşme'nin haklı nedenle fesih nedeni olacaktır.

27. TARAFLARIN TEBLİGAT ADRESLERİ

İşbu Sözleşme'de yer alan hususların yerine getirilmesi, gerekli ihbar ve tebligatların yapılabilmesi için taraflar işbu Sözleşme'de yer alan adreslerini yasal ikametgâh adresi olarak belirlemişlerdir.

Taraflar adres değişikliklerini noter aracılığıyla diğer tarafa bildirmedikleri takdirde işbu Sözleşme'de yer alan adreslere yapılacak ihbar ve tebligatların geçerli olacağını o yerde bulunmasalar dahi tebligatın iade edilmeyip Tebligat Kanunu'nun 10. Maddesi'nin uygulanacağını kabul ve taahhüt ederler.

Taraflar; Tebligat Kanunu Madde 7/a uyarınca tebligata elverişli bir elektronik posta adresinin (kayıtlı elektronik posta adresi) olması ve bu adresini diğer tarafa bildirmesi durumunda bildirimlerin bu adrese yapılmasının da geçerli tebligat hükmünde olacağını kabul ve beyan eder.

28. RÜCU

Sigortacı, Sigortalı'nın ve/veya tedaviyi düzenleyen kurum/doktorun eksik ve/veya yanlış bilgi aktarması nedeniyle kabul ettiği Sağlık Sigortası Genel ve Poliçe Özel Şartları'na uymayan sağlık giderlerini, Sigortalı'ya ve/veya Sigorta Ettiren'e rücu ederek yasal faizleri ile birlikte tahsil eder.

Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel Şartları kapsamında kabul ettiği ve ödediği sağlık giderine üçüncü şahısların neden olması durumunda, Sigortalı'nın yerine geçerek ödediği tazminat tutarını üçüncü şahıslardan rücu edebilir.

29. SÖZLEŞME DEĞİŞİKLİKLERİ

İşbu sözleşmede yapılacak bütün değişiklikler, Taraflarca veya Tarafların Yetki Verdikleri Tarafla karşılıklı olarak imzalanmadığı takdirde geçerli olarak addedilmeyecektir.

30. KISMI HÜKÜMSÜZLÜK

İşbu Sözleşme'nin herhangi bir hükmü geçersiz, yasal olmayan ve uygulanamaz sayıldığında, diğer hükümler bundan etkilenmeyecektir.

31. BÖLÜMLER

Aşağıda belirtilen ekler ve ek olarak imzalanacak protokoller ile Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları işbu Sözleşme'nin ayrılmaz birer parçasıdır. Sözleşme metni ile ekler arasında bir çelişki veya yorum gereksinimi olduğunda Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları esas kabul edilecektir. İstenildiği takdirde Sigortacı ve Sigorta Ettiren/ Üst Grup'un yazılı mutabakatı ve onayı ile bu ekler değiştirilebilir.

32. TANIMLAR

Ambulans: Tıbbi taşıma için özel olarak tasarlanmış ve acil durumlara ilişkin tıbbi eğitim almış özel personel tarafından kullanılan, tıbben o vakada kullanılması gerekli olduğu Sigortacı tarafından da onaylanan kara, hava veya deniz aracıdır.

Provizyon Verilen Sağlık Kurumları:

Sigortacı ile Sağlık Kurumu (GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan) arasında yapılan anlaşmalı kurum sözleşmesi kapsamında ve Sigortacı tarafından sigorta sözleşmesi ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş olan sağlık kurumlarını, Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmalı kurum sözleşme şartlarını kabul ederek, anlaşmalı sağlık kurumunun faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren Kadrolu Doktorları (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) ve eczaneleri kapsamaktadır.

Elden Ödemeli Sağlık Kurumları: Sigortacı ile arasında bir anlaşmalı kurum sözleşmesi bulunmayan sağlık kurumlarını, Sigortacı ile Sağlık Kurumu arasındaki anlaşmalı kurum sözleşme şartlarını kabul etmeyen ve kendi faturasını düzenleyen Doktorları ve eczaneleri ifade eder.

Azami İyi Niyet: Sigortacı, Sigortalı'nın geçmiş ve mevcut hastalıkları, sağlık durumu ve sigortalılık süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıklarıyla ilgili tüm bilgileri bilemeyeceği için sigorta sözleşmesinin yapılabilmesi veya yürürlükte kalabilmesi için; Sigortalı ve Sigorta Ettiren'in ilgili bilgileri tam ve eksiksiz olarak zamanında Sigortacı'ya bildirme yükümlülüğüdür.

Bekleme Süresi: Sigortalı'nın sağlık giderinin ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için, sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

Beyan: Sigorta başvurusu sırasında Sigorta Ettiren'in ve Sigortalı'nın Sigortacı'ya ilettiği bilgilerdir. Sigortalı'nın başvuru aşamasında, mevcut sağlık durumu ve sağlık geçmişi ile ilgili bilgileri tam ve doğru olarak vermiş olması gereklidir.

Doğuştan Gelen Hastalık: Doğum ve doğum öncesinde (anne karnında) var olan hastalıklardır.

Doktor: Sağlık hizmetinin verildiği coğrafi bölgede, geçerli olan yasalar çerçevesinde resmi olarak tıp doktoru unvanı ve belgesi verilmiş olan kişidir.

Ferdi Katılımlı Grup: Sigortaya katılımın gönüllü olduğu, primlerin Sigortalı tarafından karşılandığı ve Sigortacı'ya Sigortalı tarafından ödendiği gruplardır.

Genel Şartlar: T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen Sağlık Sigortası Genel Esasları'dır.

Genel Sağlık Sigortası (GSS) : 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98. maddesine dayanılarak hazırlanan ve bu kanunun 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

İsteğe Bağlı Grup: Sigortaya katılımın gönüllü olduğu, primlerin Sigortalı tarafından karşılandığı ancak Sigortacı'ya Sigorta Ettiren kurum tarafından ödendiği gruplardır.

İstisna: Sigorta teminatı kapsamı dışında bırakılan durumlardır.

Kapsam: Sigortacı'nın her bir teminat için belirlediği ve karşılamayı taahhüt ettiği sağlık harcamalarının türünü ifade eder.

Kaza: Sigortalı'nın doğal oluşan şartlardan veya herhangi bir hastalıktan kaynaklanmayan, ani ve dışarıdan gelen bir olaydan dolayı iradesi dışında meydana gelen olaylarla karşı karşıya kalmasıdır.

Limit: Sigortacı'nın ödemeyi üstlendiği maksimum, Kabul Edilebilir Harcama tutarını ifade eder.

Kabul Edilebilir Harcama:

Police Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak, Sağlık Gideri olarak gönderilen toplam fatura tutarından varsa kapsam dışı giderler çıkarıldıktan sonra, onaylanan toplam tutardır. Onaylanan toplam tutara, varsa sigortalı katılım payı ve muafiyet tutarı da dâhildir.

Mevcut Hastalık: Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen durumlardır (komplikasyonlar).

Muafiyet: Sigortacı tarafından ödenmeyen tutar ve/veya durumlardır.

Özel Sağlık Sigortası Bilgi Formu: Police ile birlikte verilen ve Elden Ödemeli Sağlık Kurumları'ndan hizmet alınması durumunda doktor tarafından doldurulması ve onaylanması gereken formdur.

Özel Şartlar: T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen Sağlık Sigortası Genel Şartları dikkate alınarak, Sigortacı ve Sigorta Ettiren'in mutabakatıyla Sigortacı tarafından ilgili sözleşmenin ayrılmaz bir parçası ve tamamlayıcısı olmak üzere oluşturulan, Sigortacı ve Sigorta Ettiren'in hak ve yükümlülüklerinin belirtildiği yazılı kurallardır.

Provizyon Onayı: Sigortalı'nın tedavisiyle ilgili Provizyon Verilen Sağlık Kurumu tarafından Sigortacı'nın Provizyon Merkezi'nden istenen ödeme onayını ifade etmektedir.

Referans Hekim: Tıbbi değerlendirmelerde, Özel ve Genel Şartlar çerçevesinde doğru kararın verilebilmesini sağlamak amacıyla, Sigortacı tarafından belirlenen ve gideri Sigortacı tarafından ödenen ikinci bir görüş için tekrar muayene olunan anlaşmalı hekimdir.

Risk Analizi: Sigortalı'nın geçmiş ve mevcut sağlık durumunun, Sigortalı'nın beyanı, sağlık, sigortalılık geçmişı ve gerekli görüldüğü durumlarda istenecek ek tetkik ve muayene sonuçlarının değerlendirilerek, sigorta sözleşmesinin yapılıp yapılamayacağı ya da hangi şartlarla yapılabileceğinin/yenilenebileceğinin Risk Kabul Birimi tarafından belirlenmesidir.

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

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT): SGK'lı sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, SGK tarafından sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderleri gibi sağlık hizmetlerine bağlı harcamalarının karşılanması esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin bedellerin tayin ve tespit edildiği Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'ni ifade eder.

Sağlık Gideri: Grup Sağlık Sigortası Sözleşmesi, Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları'na göre teminat kapsamında olduğuna karar verilen, poliçe süresi dahilinde gerçekleşen, Sigortacı'nın tıbbi gereklilik koşuluna uygun olan, Sigortalı'nın doktoru tarafından yazılı olarak planlanan tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait giderlerdir.

Sağlık Kurumu: T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş, teşhis, tedavi ve cerrahi müdahaleye ehliyetli, bir veya birden çok hekimin her zaman müdahaleye hazır olduğu, doğum amacı ile açılmış özel doğumhaneleri içeren tıbbi bakım ve tedavinin yapıldığı, hastane, klinik, poliklinik, muayenehane, teşhis ve tedavi merkezleridir.

SGK Katılım Payı: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'da öngörülen ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutarı ifade eder.

Katılım Sertifikası: Sigortacı tarafından düzenlenerek Sigortalı'ya verilen ve sigorta sözleşmesinin varlığına kanıt olarak kullanılabilen bir belgedir. Belge, Sigortalı'nın kimliğine ilişkin bilgiler, sigorta teminatının kapsamı ve poliçe şartları hakkında genel bilgiler içerir.

Sigorta Ettiren: Sigorta sözleşmesi yapmak üzere başvuran ve başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilen sigorta sözleşmesinin kapsamı dahilinde sorumlu taraf olarak sözleşmeyi asaleten ve/veya Yetki belgesi'ne istinaden tesliciler araçlığıyla imzalayan ve prim ödemek dahil Sigorta Sözleşmesi'nden doğan yükümlölükleri yerine getirmek durumunda olan taraftır.

Sigorta Süresi: Poliçenin geçerli olduğu süreyi ifade eder. Aksine bir anlaşma yapılmamış ise sigorta poliçe başlangıç tarihinde saat 12.00'de başlar ve bitiş tarihinde saat 12.00'de sona erer.

Sigortacı: Sigorta Ettiren'den herhangi birinin veya Sigortalı'nın maruz kalabileceği risk(ler)e prim karşılığında teminat veren ve ruhsatlı olarak sigortacılık faaliyetinde bulunan kurumdur.

Sigortalı: Poliçe uyarınca menfaati teminat altına alınan ve riziko gerçekleştiğinde sigorta tazminatını/bedelini talep hakkı bulunan, Sigorta Ettiren nezdinde aktif çalışan ve/veya üyeler ile bunların bağımlılarıdır.

Sigortalı Katılım Payı Oranı: Katılım Sertifikası ekinde verilen Teminat Tablosu'nda belirtildiği oranda, kabul edilebilir harcama tutarından, Sigortalı'nın üstleneceği katılım yüzdesi.

Tazminat: Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları dikkate alınarak onaylanmış olan sağlık giderlerinin, ilgili poliçe döneminde yer alan teminat, limit ve sigortalı katılım payı oranı dikkate alınarak ödenen tutarıdır.

Teminat: Sigortacı'nın Grup Sağlık Sigortası Sözleşmesi, Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği, poliçe döneminde oluşan sağlık giderleri için Sigortalı'ya verdiği güvencedir.

Tıbbi Gereklilik: Sağlık Sigortası kapsamında ödemesi talep edilen herhangi bir tıbbi müdahale, cerrahi girişim ya da tanı işleminin gereklilik sebebidir. İlgili işlemin bir doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına tıbbi gereklilik anlamı taşımaz.

Triyaj Uygulaması : Hasta ve yaralıların acil serviste görülme zaman ve sırasının, müdahale ile muayene aciliyetinin ve niteliklerinin belirlendiği kısa bir klinik değerlendirme işlemidir.

Triajda hastanın klinik durumunu ve tedavi önceliğini belirtmekte kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

- Kırmızı Alan

En yüksek öncelik sırasına sahiptir. Tedavi edilebilir, hayatı tehdit eden yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer. Bu nitelikteki hastalara zaman kaybetmeden acil müdahale gerekir.

- Sarı Alan

Zaman geçirilmeden müdahale ve muayenelerinin yapılması gereken, ciddi fakat hayatı tehdit etmeyen yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer.

- Yeşil Alan

En düşük önceliğe sahiptir. Acil müdahale gereksinimi olmayıp; bekleyebilecek, muayene ve tedavileri poliklinik şartlarında da yapılabilecek kişiler bu gruba girer.

Vaka: Teşhis ve tedavilerle ilgili tazminat taleplerinin “vaka başına” karşılandığı belirtilen hallerde “vaka”nın tanımı şöyledir:

a) Kişinin bir şikâyetle bağlı olarak gerçekleştirilen ön muayenesi sonucu, şikâyet ile ilgili patolojilerin açığa çıkması veya doğrulanması amacı ile yapılan tüm işlemler aynı vaka olarak değerlendirilir. Bu işlemler şunlardır:

1. İlk hekim muayenesi,
2. Laboratuvar tetkikleri, Görüntüleme işlemleri, (röntgene ilişkin giderler ile tomografi, MRI, Sintigrafi, Endoskopi, Odyografi ve benzeri ileri tetkik giderleri)
3. Tanı ile ilgili branş hekimlerinin konsültasyonları ve konsültanların istediği tüm tetkikler,

4. İlk 3 madde sonucu yapılması gereken tüm ayakta, hastanede yatarak yapılan medikal ve cerrahi tedaviler ve bunlara ilişkin oda, refakat, tıbbi malzeme, ilaç ve fizik tedavi giderleri.
- b) "a" paragrafında belirtilen şikayetin analizi sırasında tesadüfi olarak ortaya çıkan komşu organ veya uzak organ/sistem patolojileri, ilk tedavi ve hastalık/sendrom bazında ilintisiz bulundukları takdirde farklı vaka olarak nitelendirilirler.
- c) Ayakta Tedavilerde, aynı vaka olarak tanımlanan bir belirti, bulgu, analiz ve tedavi sonrasında bu vaka ile ilgili ek tüm işlemler onbeş (15) günden sonra farklı bir vaka olarak ele alınır. Aynı vakaya ait ilk onbeş (15) gün içerisinde ortaya çıkan komplikasyonlar da aynı vaka içerisinde işlem görür.
- d) Aynı vaka sürecinde ek bir etkenle (anestezi, ilaç yan tesiri, iatrojeni, stress, komplikasyon) etyoloji bakımından bağımsız yeni bir vaka ortaya çıkarsa ilk vakayı ilgilendiren tetkik ve tedaviler aynı vaka kapsamında, diğerleri farklı bir vaka olarak ele alınır.

Zorunlu Grup: Sigortalıların Sigorta Ettiren tarafından belirlendiği ve primin tamamının Sigorta Ettiren tarafından karşılandığı gruplardır.

Geri Ödeme Alınamayacak Kurumlar: Sigortalının sağlık giderlerinin teminatları gereği kapsam dahilinde olmasına rağmen, geri ödeme alamayacağı kurum ve/veya hekimleri ifade eder. Yanlış Sigorta uygulamalarından, gereksiz tetkik ve tedavi ile Sigorta suistimali yaptığı tespit edilen bu kurum ve/veya hekimlerde yapılan işlemler poliçe kapsamı dışındadır. Geri ödeme alınamayacak kurumların güncel listesine www.bupaacibadem.com.tr ve www.sencard.com.tr adresi üzerinden ulaşılabilir.

33. UYGULANACAK HÜKÜMLER

İşbu Sözleşme ile Grup Sağlık Sigortası Özel Şartlarının çelişmesi halinde Grup Sağlık Sigortası Özel Şartlarının öncelikle uygulanacağı hususunda taraflarca mutabakata varılmıştır.

34. UYUŞMAZLIKLARIN ÇÖZÜMÜ

İşbu Sözleşme ve ekleri dolayısıyla ortaya çıkan uyuşmazlıkların çözümünde İstanbul Mahkemeleri ve İcra Müdürlükleri yetkili olacaktır.

35. VERİ KORUMA

Taraflar, yürürlükte bulunan 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve bağlı ikincil mevzuata tamamen uymayı ve kendi çalışanlarının, temsilcileri ve yüklenicilerinin de uymalarını sağlamayı taahhüt ederler.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında
Genel Olarak:

Taraflar, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) hükümlerini ve buna ilişkin alt düzenlemeler de dahil olmak üzere, kişisel verilerin tabi olduğu/olacağı ilgili tüm mevzuat hükümlerine uyacağını, diğer tarafın herhangi bir veri koruma mevzuatını ihlal

eder konuma düşürecek herhangi bir faaliyette bulunmayacağını, ilgili mevzuatın belirlediği/belirleyeceği tüm önlemleri, tedbirleri ve gereklilikleri tam, zamanında ve gereği gibi yerine getireceğini kabul ve beyan eder.

Taraflar, işbu sözleşme kapsamında diğer taraftan edindiği genel ve özel nitelikli her türlü kişisel veriyi (“kişisel veri”) münhasıran işbu sözleşme kapsamındaki hizmetin verilmesi amacıyla kullanacağını kabul ve beyan eder.

Taraflar, işbu sözleşme ile bağlantılı olarak herhangi bir Kişisel Veri ile işlem yapan tüm altyüklenicileri, çalışanları ve/veya temsilcilerinin de ilgili veri koruma mevzuatına uygun olarak söz konusu yükümlülükleri yerine getirmelerini sağlayacağını kabul ve beyan eder. Taraflar, KVKK uyarınca uygun güvenlik düzeyini temin etmeye yönelik gerekli her türlü teknik ve idari tedbirleri aldığını, çalışanlarını ve/veya tüm altyüklenicileri ve/veya temsilcilerinin çalışanlarını hukuka uygun veri işlemeye ve veri mahremiyetine ilişkin olarak bilgilendirdiğini kabul ve beyan eder.

Taraflar; işbu sözleşme çerçevesinde edindiği bilgiler içerisinde kişisel verilerin de bulunabileceğinden hareketle; kişisel verileri KVKK’na uygun olarak işleyeceğini ve KVKK’nun veri güvenliğine ilişkin yükümlülüklerine uyararak, kişisel verilerin hukuka aykırı olarak işlenmesini ve/veya erişilmesini önlemek, kişisel verilerin muhafazasını sağlamak amacıyla işbu sözleşmenin, KVKK’nun, ve ilgili mevzuatın öngördüğü güvenlik düzeyini temin etmeye yönelik her türlü teknik ve idari tedbirleri alacağını kabul ve beyan eder.

Taraflar, diğer taraftan edindiği kişisel veriyi yasal zorunluluklar nedeniyle muhafaza edilmesi gerekliliği saklı kalmak kaydıyla, diğer tarafın talebi halinde sileceğini ve yok edeceğini kabul ve beyan eder.

Taraflar, diğer tarafa aktardığı kişisel veriyi hukuka uygun yollarla elde ettiğini ve bunları diğer tarafa aktarmak için gerekli koşulları sağladığını ve gerekli yetkiye sahip olduğunu kabul ve beyan eder.

Kişisel Verileri Koruma Kurulunca(“Kurul”) kişisel veri paylaşılmasının sınırlanması ve yasaklanması halinde veya taraflardan birisi tarafından KVKK ve Sözleşme hükümlerinin ihlali durumunda diğer tarafın işbu sözleşmeyi derhal ve tek tarafı olarak tazminatsız ve herhangi bir ceza, bedel ödemeksizin erken feshetme hak ve yetkisi mevcuttur. Bu halde taraflar; diğer tarafın söz konusu ihlal sebebiyle doğmuş olan doğrudan zararını ve varsa idari para cezalarını, faiz, masraf ve ferileri ile birlikte diğer tarafın ilk yazılı talebi üzerine, nakden ve defaten, derhal diğer tarafa ödeyeceğini ve kabul ve beyan eder.

Taraflar bu protokolden doğan haklarını kullanırken, makul olmayacak düzeyde yinelenen, orantısız düzeyde teknik çaba gerektiren, başkalarının gizliliğini tehlikeye atan veya başka şekilde aşırı derecede zor olan isteklerde bulunmayacağını kabul ve beyan eder.

Sigorta Ettiren ile Veri Paylaşımı İle İlgili Olarak:

Sigortacı, işbu sigorta sözleşmesi kapsamındaki kişisel verilerinin Sigorta Ettiren ile paylaşılması konusunda açık rızası olan sigortalıların bilgilerini Sigorta Ettiren ile paylaşabilir.

Sigortacı, açık rıza vermeyen sigortalılar bakımından ancak istatistikî ve ticari kontrol amaçlı olarak kullanılmak üzere anonimleştirilmiş verileri Sigorta Ettiren ile paylaşabilir. Sigorta Ettiren anonimleştirilmiş verileri sadece istatistiki ve ticari kontrol amaçlı olarak kullanacak olup, bu bilgileri sigortalıları bireysel olarak tespit etmeye ve/veya sigortalılara karşı topluca da olsa müzakere etmeye yönelik olarak kullanmayacaktır; aksi halde Sigorta Ettiren bu sebeple Sigortacı nezdinde doğan doğrudan zararı tazminle yükümlüdür.

Sigorta Ettiren tarafında talep edilen veri deseni kapsamında paylaşılacak verilerin anonim nitelikte olması esas olup, paylaşılacak verinin anonim niteliğini kaybedecek ve belli bir kişiyi işaret edecek olması halinde Sigortacı ilgili veriyi paylaşmama hakkına sahiptir.

İşbu Sözleşme iki (2) nüsha olarak düzenlenmiş, 00.00.0000 tarihinde Taraflarca kabul ve imza edilmiştir.

Ek.1 : Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları

Ek.2 : Teminat Tablosu

Ek.3 : Muvafakatname örneği

BUPA ACIBADEM SİGORTA A.Ş.

.....

Ek.1 : Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları

- 1- Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sözleşmesi ile Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlarının çeliştiği durumlarda, Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlarında yer alan maddenin gereği uygulanacaktır.

Ek.2 : Teminat Tablosu

Ek.3 : Muvafakatname örneği

“Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği” ve “Kişisel Verilerin Korunması” Mevzuatı gereğince;

- Şirketinizce düzenlenen poliçeler ve tazminat ödemeleri kapsamında risk ölçümü yapılabilmesi, tazminat taleplerinin değerlendirilebilmesi, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile sigorta işlemleri kapsamındaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve tarafıma özel fırsatların geliştirilebilmesi için sağlık verilerim de dahil olmak üzere kişisel verilerimin işlenmesi gerektiğini biliyor ve kabul ediyorum. Bu kapsamda gerek ileteceğim, gerekse de ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve kamu kurum ve kuruluşları, özel ve resmi sağlık kurumları, eczaneler, laboratuvarlar, hekim ve diğer ilgili üçüncü kişiler/kurumlardan hakkımda bilgi ve belge temin edilmesine onay veriyorum. Tüm bu verilerin, Sigortacı tarafından aşağıda açıklandığı çerçevede elde edileceği, kaydedilebileceği, muhafaza edilebileceği, açıklanabileceği, mevzuatın izin verdiği durumlarda üçüncü kişilere aktarılabilmesi veya diğer şekillerde işlenebileceği konularında bilgilendirildiğimi ve buna onay verdiğimi beyan ederim.

Kişisel verilerimin ilgili sigorta tekliflerinin/poliçelerinin yürürlük tarihi süresince ve mevzuatta öngörülen saklama süreleri boyunca yazılı veya elektronik ortamda muhafaza edilebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.

Sağlık verilerimin özel nitelikli kişisel veri olduğunu, sağlık verilerinizi de içeren kişisel verilerimin, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yönetilmesi konusunda görev yapan sigorta şirketlerince açık rıza aranmaksızın işlenebileceğini, **şirketiniz tarafından talep edilmesi halinde teklif, tazminat/provizyon talebimin değerlendirilmesi sürecinde e-nabız kayıtlarımı sigorta şirketine ileteceğimi biliyor ve kabul ediyorum.**

Kişisel verilerimin yukarıda belirtilen amaçlarla, denetleyici ve düzenleyici makamlar ve ilgili kamu kuruluşları ile; Şirket'in sigortaya aracılık eden dağıtım kanalı, hissedarları, doğrudan /

dolaylı yurtiçi / yurtdışı iştirakleri, reasürörleri, hizmet alınan, işbirliği yapılan kişi ve kuruluşlar ile destek hizmeti sağlayıcıları, brokerler, diğer sigorta şirketlerine ve sigorta sözleşmesini yaptıran Sigorta Ettiren / Sigorta Ettiren yetkilisine aktarılabileceğini ve bunlarla paylaşılabileceğini biliyor ve kabul ediyorum.

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

• Teklif/Başvuru Formu ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri olan tüm bilgilerin bilgim dahilinde verildiğini ve bilgim dahilindeki gerçeği tamamen yansıttığını şahsımın ve bağımlılarımın sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi ve benzeri) ve gerekçe gibi bilgilerinin Sigorta Ettiren ile paylaşılmasına ve tüm bu bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatim olduğunu kabul ve beyan ederim. Sigorta başvuru formunda belirtmiş olduğum e-posta adresimin, GSM numaram ve/veya Mernis kayıtlarındaki adresimin sigortacılık işlemlerim ile ilgili bilgilendirmeler ve poliçe /sertifika gönderimi için kullanılmasını talep ve rica ederim.

Sigortalı TC Kimlik No : Sigortalı Adı Soyadı : Sigortalı İmzası : Tarih :	Eş TC Kimlik No : Sigortalı Adı Soyadı : Sigortalı İmzası : Tarih :
Çocuk 18+TC Kimlik No : Sigortalı Adı Soyadı : Sigortalı İmzası : Tarih :	Çocuk 18+ TC Kimlik No: Sigortalı Adı Soyadı : Sigortalı İmzası : Tarih :

