



AcnTURK
TAMAMLAYICI SAĞLIK
SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

AcnTURK Sigorta A.Ş., sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içerisinde,

- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve buna ilişkin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında, Sigortacının bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarında alınan sağlık hizmetleri ile ilgili ilave ücret tutarlarını,
- Sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinde kalan tutarlarını,

Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar), Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (Yönetmelik) ve işbu Özel Şartlara (Özel Şartlar) uygun olarak teminat altına alır.

Bu sigorta sözleşmesi sadece SGK tarafından kapsam altına alınmış ve GSS hak sahipliği olan kişiler için geçerli olup, GSS hak sahipliğini kaybeden kişiler poliçesi yürürlükte olsa dahi, GSS hak sahipliği 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.

2. TANIMLAR

Sigortacı

Hastalık ve sağlık sigortası branşında faaliyet ruhsatı bulunan Türkiye’de kurulmuş sigorta şirketi ile yurtdışında kurulmuş sigorta şirketinin Türkiye’deki teşkilatını ifade eder.

İşbu Özel Şartlara tabi düzenlenen sağlık sigorta poliçelerinde Sigortacı, ‘AcnTURK Sigorta’dır.

Sigortalı

Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan ve poliçede ismi yer alan kişi/kişilerdir.

Sigorta Ettiren

Sigorta sözleşmesinin tarafı olan ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda bulunan gerçek veya tüzel kişidir.

Poliçe

Sigortacı tarafından özel bir format çerçevesinde düzenlenmiş olup, poliçesine ilişkin vade, özel ve genel şartlar, limitler, istisnalar gibi hususlar ile uygulama bilgileri ve ödeme koşullarını içeren; eğer koşullar gerçekleşmişse teminatların belirlenen limitler dahilinde ödenmesini garanti altına alan, şirket kaşe ve yetkili imzalarını taşıyan sigorta sertifikaları dahil belgelerin tümüdür.

Özel Şartlar

Sigortacı tarafından poliçenin ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, ürüne özel kurallar ve şartları içeren belgedir.

Genel Şartlar

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Genel Şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır.

SBM

Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Hazine Müsteşarlığı tarafından hazırlanan ve 16.12.2003 tarih ve 25318 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Trafik Sigortası Bilgi Merkezi Yönetmeliği ile “TRAMER” adıyla kurulmuştur. 9 Ağustos 2008 tarihinde 26962 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan yönetmelikle adı Sigorta Bilgi Merkezi kabul edilmiş, 03.11.2011 tarih ve 28131 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan yönetmelik değişikliği ile ise unvanı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi olarak değiştirilmiştir. SBM (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi), Türkiye Sigorta Birliği bünyesinde tüzel kişiliği haiz bir kurum olarak kurulmuş olup Hayat, Hastalık/Sağlık, Zorunlu Trafik, Yeşil kart, Zorunlu Karayolu Taşımacılık Mali Sorumluluk, Otobüs Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza, Motorlu Kara Taşıtları-Kasko, Tıbbi Kötü Uygulama Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası, Tehlikeli Maddeler ve Tüp Gaz Zorunlu Sorumluluk Sigortası, Mesleki Sorumluluk Sigortalarına ilişkin verilerin tek merkezde toplanarak, sigortacılık faaliyetlerinin daha kapsamlı ve etkin şekilde yürütülmesi, sektör genelinde uygulama birliğinin sağlanması, sağlıklı fiyatlandırma yapılabilmesi, suiistimallerin önlenmesi, güvenilir istatistiklerin oluşturulması, sigorta sistemine olan güvenin artırılması ve kamu gözetim-denetiminin etkinleştirilmesi hedeflenmektedir.

Hazine Müsteşarlığı tarafından denetlenen Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, 4 tane alt bilgi merkezini bünyesinde barındırmaktadır. Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi’nin alt bilgi merkezleri ise şu şekilde belirtilebilmektedir:

HAYMER (Hayat Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi)

TRAMER (Trafik Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi)

SAGMER (Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi)

HATMER (Sigorta Hasar Takip ve Gözetim Merkezi)

AcnTURK Müşteri Hizmetleri

Sigortalıların her türlü soru, istek, öneri ve şikayetlerini aktarabildikleri ve ambulans gibi çeşitli hizmetler alabildikleri 0212 924 60 60 numaralı telefon hattıdır.

Doktor

Hastalığının teşhis ve tedavisi için kendisine başvuru, Tıp Fakültesini bitirmiş her türlü teşhis ve tedavi için lisansı olan ehliyetli kişidir.

Teşhis

Belirti ve bulgular (fizik muayene, tahlil, röntgen, tomografi, endoskopi vb. sonuçları gibi) aracılığıyla sigortalının hastalığını veya kaza sonucu meydana gelen durumunu tespit etmeye denir.

Tedavi

Sigortalının hastalığını ya da kaza sonucu oluşan yaralanmayı iyileştirmek amacıyla yapılan tıbbi ve cerrahi müdahaleye denir. T.C. Sağlık Bakanlığınca çalışma ruhsatı verilmiş sağlık kuruluşlarında (hastane, klinik ve poliklinik), özel doktor muayenahanelerinde görevli çalışmaya ehliyetli doktorlarca hastalıkları tedavi etmek amacı ile yapılan işlemlerdir.

Hastalık

Sigortalının, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir doktor tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur.

Rahatsızlık

Bir kişinin doktora başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

Mevcut Hastalık/Rahatsızlık

Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı ve gelişim süreci, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlık ve bunlara bağlı olarak gelişen nüks ile komplikasyonlardır.

Azami İyi Niyet Prensibi

Sigortacı bu sigorta sözleşmesini ve sözleşme şartlarını Sigortalı/Sigorta Ettirenin beyanına dayalı olarak oluşturmaktadır. Bu nedenle Sigortalı/Sigorta Ettiren, başvuru ve beyan formu tamamlayıcı belgelerde doğru bilgi vermek/ beyanda bulunmak sigorta sözleşmesi talebinin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları beyan etmekle yükümlüdür.

Komplikasyon

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

Konjenital Hastalık

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

Kronik Hastalık

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

Mesleki Hastalık

Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işini yürütürken gerçekleşen geçici veya sürekli bedensel veya ruhsal hastalık hâlleridir. (Örneğin; asbestozis, silikozis, silikotuberkülozis gibi)

İstisna

Police başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/rahatsızlıkların) Sigortacının değerlendirmesi sonucunda police kapsamı dışında bırakılmasıdır.

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.

SGK Katılım Payı

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

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)

Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğdir.

İlave Ücretler

Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden/sigortalılardan alınabilecek fark ücretleridir.

Sağlık Kurumu

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel işletmeler veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, doktor muayenehaneleri gibi kurumlardır.

Sağlık kuruluşu deyimi; otel, huzurevi, bakımevi, nekahethane, yetimhane ve darülacezeleri, esas olarak uyuşturucu bağımlıları ile alkoliklerin tecrit ve tedavisi olarak kullanılan yerleri, sanatoryumları, kaplıcaları, sağlık hidrolarını, zayıflama merkezlerini kapsayacak şekilde yorumlanamaz.

a. Anlaşmalı Sağlık Kurumu

Sigortacının Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için sözleşme yapmış olduğu ve aynı zamanda GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan sağlık kurumları ile kurum bünyesinde kadrolu olarak çalışan (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) ve Sigortacı ile anlaşmalı çalışan doktorları ifade eder.

Anlaşmalı kurumların listesi, www.acnturk.com.tr adresli web sayfasında güncel hali ile sunulmaktadır.

Sigorta şirketinin anlaşmalı kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

b. Anlaşmasız Sağlık Kurumu

Sigorta ettirenin, poliçede tercih etmiş olduğu kurumlar dışında yer alan ve SGK ile anlaşmalı olup Sigortacı ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarını ifade eder.

Poliçede tercih edilen anlaşmalı bir sağlık kurumunun kadrosunda görev yapan ancak Sigortacı sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar "Anlaşmasız sağlık kurumu" olarak değerlendirilir.

Tazminat

Sağlık giderlerinin, ilgili sağlık poliçesi, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacı tarafından onaylanan ve/veya ödenen tutarıdır.

a. Provizyon / E- Provizyon

Anlaşmalı sağlık kurumları üzerinden talep edilen ve sigortalı sağlık harcamalarının karşılanıp karşılanmayacağını gösteren ön değerlendirme sonucu Provizyon olarak adlandırılır.

Sigortacının Poliçe Özel ve Genel Şartları ile teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde sigortalı lehine verdiği sağlık gideri ödeme taahhüdüne Provizyon Onayı ve bu şekilde karşılanan tazminat ödeme şekline "Kuruma Ödeme" denir.

b. Kuruma Ödeme

Poliçede tercih edilen Anlaşmalı Kurum'da gerçekleşen sağlık giderleri için, provizyon/ e-provizyon alınarak, poliçe şartlarında katılım payı olması durumunda sigortalının sadece bu katılımları ödeyerek hizmet almasıdır. Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacının sorumluluğunda olan kısım sigortalı adına ilgili kuruma ödenir.

Kuruma ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

- Sigortalının tedavisi için tercih ettiği anlaşmalı sağlık kurumu SGK'dan ve Sigortacıdan provizyon alır,
- Sigortalının doktoru, tanı ve tedavi bilgilerini içeren Özel Sağlık Sigortaları Hasta Bilgi Formunu doldurur,
- Provizyonun onaylanması durumunda sigortalı sadece GSS kapsamında kendisine ait katılım payını öder. Sigortacı sigortalı adına doğrudan anlaşmalı kuruma ödeme yapar. Provizyona ilişkin fatura ve tetkik sonuçları, doktor raporları, adli vakalarda ilgili raporlar gibi evraklar anlaşmalı kurum tarafından Sigortacı'ya gönderilir.

c. Sigortalıya Ödeme

Provizyon/e-provizyon alınmaksızın sağlık giderinin sigortalı tarafından önce sağlık kurumuna ödeme yapıp daha sonra sağlık giderine ait fatura ve Özel Şartların "Tazminat Ödemesi" maddesinde belirtilen gerekli belgeleri Sigortacıya ileterek, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirme yapıldıktan sonra belirlenen tutarın sigortalının hesabına ödenmesidir.

Plan

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgiyi ifade eder.

Teminat

Sigortacının, sigorta poliçesinin özel ve genel şartları çerçevesinde poliçesinde belirtilen limit dâhilinde ödemeyi üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamıdır.

Katılım Payı

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

Prim

Şirketin verdiği teminatlar karşılığında sigorta ettirenin ödemesi gereken ücrettir.

a. Sağlık Tarife Primi

Sigortalının teminatları, ödeme yüzdesi, seçilen Anlaşmalı Kurumu, ikamet ili, yaşı, cinsiyeti, medikal enflasyon değişkenleri, risk profili kriterleri dikkate alınarak belirlenen sağlık baz primini ifade eder.

b. Sağlık Primi

Sağlık Tarife primi üzerine her bir sigortalı için varsa hastalık ek priminin ilave edilmesi ile oluşan prim tutarıdır.

c. Sağlık Net Primi

Sağlık Primi üzerine, poliçe özel şartlarına istinaden hak edilen indirimler ile varsa dönemin kampanya indirimleri uygulandıktan sonra oluşan prim tutarıdır.

d. Toplam Poliçe Primi

Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu, sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

e. Hastalık Ek Primi

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

Teklifname

Sigortalı adayına ait bilgileri, istenen teminatları ve prim ödeme planını içeren, sigorta ettiren veya sigortalı tarafından imzalanan, teklif niteliğindeki belgedir.

Zeyilname

Poliçe yürürlüğe girdikten sonra yapılan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen son durumu gösterir sigorta sözleşmesidir.

Poliçe Başlangıç Tarihi

Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların ilk kez veya varsa müteakip kez yinelenmesinde yürürlüğe girdiği tarihtir. Poliçe, belirtilen tarihte Türkiye saati ile öğlen 12:00'da yürürlüğe girer.

Poliçe Bitiş Tarihi

Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların sona erdiği tarihtir. Poliçe belirtilen tarihte Türkiye saati ile öğlen 12:00'da sona erer.

Poliçe Tanzim Tarihi

Poliçenin düzenlendiği tarihtir.

Sigorta Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Sigortacı'da aralıksız devam eden tamamlayıcı bireysel sağlık sigortası poliçelerinde yeni iş veya transfer poliçesine ilk giriş tarihidir.

Kazanılmış Hak

Sigorta Şirketleri tarafından sağlık sigortası poliçesine sahip olan bireylere sunulmuş haklardır. Diğer şirketlerden veya sağlık kurumlarından gelen kişisel raporlarındaki sağlık durumlarına göre tıbbi risk değerlendirmesi yapılarak kazanılmış hakların içeriği belirlenir. "Kazanılmış Hak" olarak kastedilen; aralıksız olarak devam ettiği poliçedeki ilk sigortalanma tarihi, Ömür Boyu Yenileme Garantisi varsa istisna, limit, ek prim gibi poliçe risk değerlendirme kararları, Sigortacının ilgili ürünündeki tanımına uygun olarak taşınması anlamına gelir. Bunun dışında önceki şirketin özel şartları ile aynı şartlarda bir poliçe kazanılmış hak olarak kabul edilmemektedir.

Triyaj Uygulaması

Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemi ifade eder. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

Yeşil Alan: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır.

Sarı Alan: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlardır.

Kırmızı Alan: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlardır.

3. TEMİNATLAR

Sigortacı, poliçe süresi içerisinde bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarda SGK ile anlaşmalı branşlarda oluşacak GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için, SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak poliçede belirtilen Anlaşmalı kurum, Teminat, Limit, Ödeme Yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı istisnalar, Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar doğrultusunda karşılar.

Poliçe üzerinde yer alan teminatların kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- Sigortalının almış olduğu poliçesinde geçerli ve Sigortacı'nın Anlaşmalı Kurum listesinde yer alan, SGK ile Anlaşmalı bir özel hastanede tedavi olması,
- Sigorta Şirketinin Anlaşması olan branşlarda ve SGK ile Anlaşmalı bir doktora tedavi olması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın SGK tarafından ödeniyor olması, sigorta poliçesi Özel şartlarına ve sağlık sigortası Genel şartlarına uygun olması gerekmektedir.

3.1. Yatarak Tedaviler

Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapılincaya kadar uygulanan ameliyatsız veya ameliyatsız olarak hastanede yapılan yatarak tedavileri (oda/yoğun bakım odası, refakatçinin yatak ve yemek giderleri dahil), kemoterapi, radyoterapi, diyaliz tedavileri ve ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonları ile ilgili giderler, koroner anjiyografi ile yatış ve taburcu işlemi yapılma dan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan ve SUT kapsamında günübirlik tedaviler kategorisinde belirtilen işlemler bu teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Bir sigortalılık yılı süresince, yatarak tedavi teminatı kapsamında teminat altına alınan sağlık giderleri için, sağlık kurumlarında yatış süresi;

- Yaşam boyu 720 gün,
- 1 (bir) yıllık sigorta süresi içinde 180 gündür.

Normal oda yatışları 1 (bir) gün, yoğun bakım yatışı ise 2 (iki) gün üzerinden hesaplanarak, toplam sağlık kurumunda yatış süresinden düşülür. Sigorta süresi içinde 180 gün ve yaşam boyu 720 gün limitinin üzerindeki sağlık kurumunda yatışlarla ilgili yatarak tedavi teminatı kapsamında değerlendirilen tüm giderler kapsam dışıdır.

Sigorta bitiş tarihinden önce sigortacı tarafından kabul edilen ön onayı alınmış ve tedavisi devam eden poliçenin sonlandığı tarihte yatarak tedavinin devam ediyor olması kaydıyla yatarak tedavi teminatı

kapsamında değerlendirilen sağlık giderleri poliçenin Sigortacı'dan ya da bir başka sigorta şirketinden yenilenmemesi şartıyla 10 (on) gün boyunca ve bu süreyi aşmamak üzere yeni bir sağlık sigortası yapılana kadar teminat limiti ve poliçe özel şartları dahilinde devam edecektir.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.1.1. Tıbbi Bakım ve Tedavi

Sigortalının Yatarak Tedavi sonrası, tedavisini yürüten doktoru tarafından evde uygulanması istenen Tıbbi Tedavi planının, sigortalının hastaneden taburcu olurken Sigortacı tarafından onaylanması koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi evde bakım hizmet giderleri ve doktor raporuyla gerekliliği belirtilmiş tıbbi cihaz kiralama giderleri bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.2. Suni Uzuv/ Protez

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir Kaza veya Hastalık sonucu kaybolan uzuvunu yerine koyma amacıyla takılan protezler ile bu protezlerin bakımları bu teminat limiti kapsamında karşılanır. Suni uzuv yerine koyma işleminin veya bakımının ilgili poliçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir.

Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda, SGK tarafından kapsam altına alınmış ve SUT bedeli üzerindeki suni uzuv/protez giderleri (ilave ücretleri) poliçe kapsamında değerlendirilmektedir.

Anlaşmasız Sağlık Kurumunda ve/veya SGK tarafından ödenmeyen SUT listesinde yer almayan Protez, Tıbbi Malzemeler, operasyon esnasında kullanılan malzemeler Poliçe Özel ve Genel şartlarına göre teminat kapsamında olan rahatsızlıklar/hastalıklarda, Poliçe Teminat Tablosu'nda yer alan anlaşmasız kurum teminat limit ve yüzdesi dahilinde değerlendirilecektir.

Sözleşme kapsamında kabul edilmiş kaza sonucu veya yanma sonucu oluşan estetik ve rekonstrüktif cerrahi giderleri ile kanser tedavileri sonrası ortaya çıkabilecek meme/testis protezi ve protez uygulaması için yapılan rekonstrüksiyon masrafları bu teminat kapsamında değerlendirilir. Ancak, protez uygulaması dışındaki diğer rekonstrüksif cerrahi giderleri kapsam dışındadır. Sigorta başlangıç tarihinden önce var olan maluliyetler için kullanılacak suni uzuvlar, var olan suni uzuvların yenilenmesi ve trafik kazası sonucu oluşan durumlar hariç dış protezlerine ilişkin giderler de teminat kapsamı dışındadır.

3.1.3. Yardımcı Tıbbi Malzeme

Sigorta Başlangıç tarihinden sonra meydana gelen bir Kaza veya Hastalık sonucu poliçe Özel Şartlarına uygun sigortalıya uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel (orthez, brace, aktif ankle, bon spur ped), walker, elastik bandaj, kol askısı, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, oturma simidi, koltuk değneğinden ibaret tıbbi malzemeler, aerochamber ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. GSS kapsamında karşılanmayan hastanede Yatarak Tedavi veya Ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenecek Sigortacı'nın onaylanması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

3.1.4. Ambulans

Sigortalı, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna karayolu ile nakli için "AcnTURK Müşteri Hizmetleri"ni araması koşulu ile bu hizmetin verilebildiği bölgelerde "Ambulans" teminatından yararlanır. Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, Sigortacı'ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve Sigortacı'nın onayı ile hava veya deniz ambulans hizmeti Sigortacı tarafından verilir. Bu hizmetler, sadece T.C sınırları içerisinde geçerli olup, uluslararası ambulans taşıma hizmeti kapsam dışıdır.

Bir tıbbi merkezden diğer tıbbi merkeze nakil, ancak, bulunulan tıbbi merkezde hastaya yapılacak tedavi için gerekli donanım ve tıbbi ekip yoksa sağlanacaktır. Naklin yapılabilmesi için, tedavi eden doktorun düzenleyeceği tıbbi rapor gerekmektedir.

3.2. Ayakta Tedaviler

Ayakta Tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi masraflarını kapsar.

Ayakta Tedavi teminatı poliçede belirtilen adet ile sınırlıdır. Her bir muayene işlemi ve ilişkili diğer tanı işlemleri 1 (bir) adet olarak değerlendirilir. Doktor muayenesi ile ilişkili olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışıdır.

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

3.2.1. Fizik Tedavi

Fizik tedavi uygulamaları, uzman hekim tarafından tedavi planı düzenlenmesi durumunda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat için poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Sadece fizik tedavi amacıyla hastanede yatarak uygulanan tedavilerde; fizik tedavi uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi) karşılanmaz. Fizik tedavi teminatı ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın toplam 30 seans ile sınırlıdır.

3.2.2. Tıbbi Danışmanlık

Bu hizmet kapsamında, sigortalıların karşılaştığı sağlık sorunları için yönlendirme hizmeti sağlanmaktadır. Sigortalılar 0212 924 60 60 no'lu telefondan 7/24 danışmanlık hizmeti alabilecektir. Karşılaşılan sağlık problemi konusunda alınması gereken önlemler ile ilgili tavsiyede bulunulur ancak tanı konmaz, ilaç önerilmez.

3.3. Ek Teminatlar

Aşağıdaki teminatlar, Sigorta Ettiren' in tercihiyle bağlı olarak sigortalının dahil olduğu poliçe planlarında yer alması halinde poliçe planında belirtilen limit, muafiyet, anlaşmalı kurum ağı (network), coğrafi kapsam ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

3.3.1. Dış

Poliçede seçilen teminat limiti dahilinde gelen faturalar bu teminattan değerlendirilir.

3.3.2. Gözlük

Poliçede seçilen teminat limiti dahilinde gelen faturalar bu teminattan değerlendirilir.

3.3.3. Reçeteli İlaç

Teminat dışı kalan haller Madde 2 "5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98.2 maddesi gereğince sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları" hariç fatura ekinde eczanelerden alınan SGK dökümü ile başvurulması halinde SGK'nın ilaç fark tutarı teminat tablosu limit ve yüzdesi dahilinde değerlendirilecektir. Bu teminat kapsamında SGK tarafından ödenmeyen;

- 0-6 yaş arası aşı giderleri,
- Multivitaminler,
- Tarım Bakanlığı ruhsatlı ilaçlar,
- Yurtdışından alınan / getirilen ilaçlar,
- Sağlık Bakanlığı ilaç ruhsatı olmayan preparatlar teminat kapsamında değerlendirilecektir.

3.3.4. Gebelik Rutin Kontrol ve Doğum

Poliçede, kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar doğum teminatı alabilir. Bu teminat, poliçede tercih edilmesi ve belirtilen bekleme süresinin tamamlanması halinde geçerlidir.

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

Doğum teminatı satın alınması halinde, gebelik rutin kontrolleri, doğum, gebelik Komplikasyonları seçilen doğum teminatı limitinden azalan bakiye şeklinde düşülecektir.

3.3.4.1. Gebelik Rutin Kontrolleri

Gebelik Rutin Kontrolleri, poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerlidir. Gebelik öncesi TORCH tetkiki ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler (TORCH, HIV, amniosentez, NST, Down üçlü tarama vb.), gebelik dönemindeki periyodik doktor muayeneleri gebelik rutin kontrolleri teminatından karşılanır.

3.3.4.2. Doğum

Normal Doğum ve Sezaryen poliçede belirtilen bu teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

3.3.4.3. Gebelik Komplikasyonları

Gebeliğin sebep olduğu her türlü hastalıklar, komplikasyonlar [hiperemesis, abortus (zorunlu küretaj dâhil), preeklampsi gibi], lohusalıkla ilgili sağlık giderleri, doğum ve sezaryene ait komplikasyonlar, poliçede belirtilen bu teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

3.3.5. Check Up Hizmeti

İçeriği, uygulama detayları ve geçerli olduğu sağlık kurumlarının teminat tablosunda belirtildiği check-up teminatı ifade eder. Bu teminat, 18 yaşını doldurmuş kişilerde yılda bir kez geçerlidir.

3.3.6. Mamografi ve PSA

3.3.6.1. Mamografi:

Poliçe Başlangıç tarihinde 40 ve üzeri yaşlardaki kadınlar için hekim isteği olsun veya olmasın kontrol amaçlı yaptırdıkları mamografiye ait giderler, Sigortacı'nın belirlediği anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşuluyla yılda 1'kez ile karşılanacaktır.

3.3.6.2. PSA (Total PSA):

Police Başlangıç tarihinde 40 ve üzeri yaşlardaki erkekler için hekim isteği olsun veya olmasın kontrol amaçlı yaptırdıkları PSA'a ait giderler, Sigortacı'nın belirlediği anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu yılda 1'kez ile karşılanacaktır.

3.3.7. Diş Sağlığı Paketi:

İçeriği, uygulama detayları ve geçerli olduğu sağlık kurumlarının teminat tablosunda belirtildiği Diş Sağlığı Paketi teminatı ifade eder.

3.3.8. Psikolog-Diyetisyen:

İçeriği, uygulama detayları ve geçerli olduğu sağlık kurumlarının teminat tablosunda belirtildiği Psikolog-Diyetisyen teminatını ifade eder. Bu teminat, 18 yaşını doldurmuş kişilerde geçerlidir.

4. BEKLEME SÜRELERİ

4.1. Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi

Yatarak Tedavi Teminatı kapsamındaki tüm işlemler (kırmızı alanlar hariç) ile ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ile ilgili giderler, sigorta kapsamına dahil olunduktan 3 ay sonra kapsama alınır.

Malign (kötü huylu) Tümörler, Kalp Hastalıkları tedavileri için 3 aylık bekleme süresi uygulanmaz.

4.2. Doğum Teminatı Bekleme Süresi

Gebelik Rutin Kontrolü ve doğum teminatı, sigortalının bu poliçe kapsamına dahil olmasından en az 6 ay sonra başlayacak hamilelikler için geçerlidir. Bu sürenin başlangıcı olarak, bebek ultrasonografisi bulguları ve son adet tarihi (SAT) dikkate alınır. Bekleme süresi tamamlanmadan başlayan gebelik ile ilgili tüm giderler poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Yenileme döneminde; doğum teminatına ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlar.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar teminat kapsamı dışında olup Sigortalı tarafından karşılanır. Ayrıca, Sigortacı teknolojik gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini hayati öneme sahip olup olmaması ve alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasına bağlı olarak kapsama alıp almamaya yönelik "Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Teşhis ve tedavinin uygulandığı tarihte GSS kapsamında olmayan ve GSS tarafından ödenmeyen, GSS müstahaklığının olmadığı dönemde oluşan her türlü sağlık gideri,
2. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98.2. maddesi gereğince sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,
3. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
4. Aşağıdaki hastalıklar tüm sigortalılar için kapsam dışı olup ÖBYG'si bulunan Sigortacı'da ilk sigortalanma tarihi itibarıyla kesintisiz en az 3 yıl sigortalılık geçmişi bulunan sigortalılarda ve AcnTURK Bebeği'nde

Sigortacı ilk kayıt tarihi öncesi tanı almamış olması halinde poliçe teminat limitlerinde kapsam dahilindedir.

- Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar
 - Her türlü omurga eğrilikleri (kifo, skolyoz gibi)
 - Pes planus, halluks valgus/rijitus
 - Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği
 - Keratokonus,
 - Pitozis
 - Otokleroz
 - Parkinson, Alzheimer, demans
 - Varikosel
 - 18 yaşından önceki; kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel
 - Poliçe başlangıç tarihinden önce var olmayan şaşılık
5. Ayakta tedaviler kapsamında her türlü ilaç gideri, malzeme masrafları ve aşı giderleri, (Poliçede reçeteli ilaç teminatı olması durumunda bu teminat dahilinde değerlendirilir)
 6. Sigorta / Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık / hastalıklarla ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü sağlık gideri,
 7. Kilo ve iştah bozukluklarına ilişkin zayıflama ve kilo alma programları, Obezite ve metabolik sendrom ile ilgili tanı, tedavi, cerrahi, komplikasyon ve kontrol giderleri, kilo kontrol bozuklukları, obezite ile ilgili her türlü gider, obezite tedavisi (xenical, reductil ,saxsenda vb. ilaçlar), diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç ve malzemeler ile asteni tedavisi, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy- Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi),
 8. Yapı bozuklukları, motor mental gelişim ve büyüme bozukluğu, (büyüme ve gelişme geriliği / ileriliği, erken / geç puberte vb.) ile ilgili rutin ve spesifik her türlü tetkik ve tedavi giderleri,
 9. Alkolizm, alkol (promil seviyesine bakılmaksızın), uyuşturucu, uyarıcı, halüsinogen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, rahatsızlık / hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,
 10. Karayolları Trafik Kanunu Hükümlerinde bahsi geçen gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,
 11. Genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkik (kabul edilen hamilelik takibi hariç) ve tedavi giderleri,
 12. Psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların, nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dahil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider,
 13. Huzurevi, bakımevi, palyatif bakım merkezleri, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider (fizik tedavi dahil) ile sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider,
 14. Demansiyel sendromlar (Alzheimer, Parkinson hastalığı ve bunamalar), psikiyatrik, geriatric hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları,
 15. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın alternatif tedavi yöntemleri (akupunktur, homeopati, osteopati, hipnoz, yoga, mezoterapi, aromaterapi, nöral terapi, kayropraktik tedaviler, ayurveda ve PRP (Platelet Rich Plasma-Trombositten Zengin Plazma, anti-aging uygulamaları),
 16. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler ile estetik ve güzellik merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri, yapıldığı kuruma ve

yapan kişinin uzmanlığına bakılmaksızın telenjektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan- lazer tedavileri gibi), masaj masrafları, her türlü hidroterapi, çamur banyoları masrafları, hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili giderler, tedavi amaçlı olsa dahi botox ve ozon uygulamaları, hekim/tıp doktoru olmayan kişilerin uyguladığı tedaviler,

17. Herhangi bir hastalık/rahatsızlık olmadan kontrol amaçlı yapılan muayene ve tetkikler, evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler,
18. Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey (CPAP cihazı, kalibrasyonu ve monitörizasyonu)
19. Aşağıda belirtilen göz hastalıklarına ilişkin olarak;
 - Gözde kırılma kusurlarıyla (miyop, hipermetrop, astigmatizm gibi) ilgili her türlü tetkik, ilaç, malzeme (multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) tedavi ve komplikasyon giderleri,
 - Göz kaymaları, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri (ortoptik tedaviler gibi),
 - Gözlük, lens giderleri (Poliçede "Gözlük" teminatı olması durumunda bu teminat dahilinde değerlendirilir)
20. Diş hekimi ve çene cerrahlarınca yapılan muayene ve tedaviler (Poliçede "diş" teminatı olması durumunda bu teminat dahilinde değerlendirilir),
21. Ses ve konuşma terapileri,
22. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS), Frengi (Sifilis) ile ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
23. Her türlü sünnet giderleri ve fimosiz tedavisi,
24. Alerji aşıları ve alerjik hastalıkların spesifik testleri,
25. Doğum kontrol yöntemleri ve kısırlığa ilişkin aşağıda detayları belirtilen her türlü işleme ait giderler,
 - Kısırlık (infertilite) tanı, tetkik tedavi ve komplikasyonlarına ait giderler (ovülasyon takibi, tüp bebek, mikroenjeksiyon, histero salpingografi, histerosonografi, spermiyogram, AMH-Anti Müllerian Hormon gibi) ile endometriozis, adezyon (tüp yapışıklığı) tanılarıyla yapılan ameliyatlara ait giderler,
 - Düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler,
 - Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,
26. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni, penil kordi, vajinismus ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),
27. Yeni doğan bebeğin doğuştan gelen hastalıkları ile kuvöz ve prematüre giderleri,
28. Amatör veya hobi amaçlı olsun olmasın tüm tehlikeli spor faaliyetleri ve/veya bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetlerden (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçuş, ata binme, rafting, sokak kızı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), kiteboarding, kitesurfing, su altı sporları, dağ bisikleti, motosiklet ve otomobil sporları ve ehliyet gerektirmeyen elektrikli scooter, elektrikli bisiklet ve elektrikli motosiklet, kayak, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma vb.) doğan masraflar ile profesyonel ve/veya lisanslı her türlü spor faaliyetlerinden kaynaklanan masraflar 15.000 TL ile limitlidir.

29. Organ, doku nakli ve kan transfüzyonu süreçlerinde vericiye/verici adayına (donöre) ait tetkik, ilaç, girişim, ameliyat ve komplikasyon giderleri, organ ve doku bedeli, koruma ve transfer masrafları,
30. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider, kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanser tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),
31. İşbu Özel Şartlar'da tanımlanmış olsun veya olmasın, poliçede tercih edilmeyen teminatlar ve poliçede belirtilen teminat açıklamalarında yer almayan her türlü sağlık gideri,
32. Yurtdışında yapılacak tüm tedavi ve ilaçlar, yurtdışından hangi kanal ile getirilirse getirilsin tüm ilaçlar,
33. SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) da yer almayan işlemler, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler,
34. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen veya SGK'nın muadil malzeme fiyatları üzerinden ödeme yaptığı durumlarda Anlaşmalı Kurumlarla yapılan protokol dahilinde kullanılanlar dışında kalan her türlü malzeme ve ilaç, mama, tatlandırıcı, genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, ağız ve diş bakım aparatları, diş macunu, termometre ve vücut ısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası Veya jelleri, ısıtıcı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,
35. Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar, ikinci refakatçi ücretleri, süit oda farkları, Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan (telefon, ulaşım, konaklama gibi) her türlü gider,
36. Sağlık Bakanlığı ilaç ruhsatı alan ürünler SGK kullanımı sonrası oluşan farklar / poliçede alınmış ise ek teminat limiti kapsamı dışında kalan tutarlar,
37. Dünya Sağlık Örgütü ve/veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş küresel, bölgesel veya ülke içindeki salgın hastalıklara ilişkin sağlık giderleri,
38. Kaza sonucu veya yanma sonucu olmadığı takdirde estetik ve rekonstrüktif cerrahi, jinekomasti tetkik ve tedavileri, meme küçültme ve büyütme ameliyatları,
39. Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen işlemlerde, Poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilmiş limit üzerinde kalan tutar,
40. Sigortacı tarafından teminat kapsamında değerlendirilerek kabul edilen ambulans hariç her türlü ulaşım gideri,
41. Uzaktan Sağlık Hizmeti (Teletıp, online verilen hizmetler) kapsamında Sigortacı tarafından bu hizmetler için belirlenen kurumlar dışında gerçekleşen giderler,
42. Anlaşmasız Kurumlarda gerçekleşen, "Sağlık Uygulama Tebliği, Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri'" maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri,
43. Sigortalının kurumsal internet sitesinde belirtilen "Geri Ödeme Alınmayacak Kurumlar" adımı altında bulunan kurumlara ve/veya hekimlere ait her türlü sağlık giderleri,
44. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar, Koroner Arter Kalsiyum Skrolama Testi, Koroner CT Anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi), sanal anjiyo, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait tüm giderler,

45. Genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillamatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkümünata vb.) ve molluscum contagiosum, HPV enfeksiyonları muayene,tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler,
46. 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,
47. Doktor ve Sağlık Kurumu tanımına uymayan kişi ve/veya kurumlar tarafından düzenlenen her türlü fatura
48. Mesleki hastalıklara ve iş kazalarına ilişkin sağlık giderleri.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Police yer alan teminatlar sadece Türkiye’de geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri police kapsamında değildir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, yurtdışı olarak değerlendirilir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1. Teminat Uygulama Esasları

Limit ve Katılım Payı Uygulaması

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

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

Kabul Edilebilir Sağlık Gideri;

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.

Kalan limit;

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

Yıllık Toplam Limit;

Police ekinde verilen Teminat Tablosunda hastalık başına ve/veya teminata göre değişebilen limitler belirtilmiş olup, bu limitler üzerinden ilgili teminata ait varsa katılım payı düşülerek işlem yapılmaktadır. İlgili limitlerden önce talep edilen tazminat tutarı sonra varsa teminata ilişkin katılım payı düşülerek ödenecek tazminat tutarı belirlenir. Ancak bu tutar her hâlükârda ilgili işlemin geçerli olacağı ana teminatın limitini geçemez.

7.2. Sağlık Kurumları Uygulama Esasları

7.2.1. Anlaşmalı Sağlık Kurumları

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ait güncel listeye internet sitemiz olan www.acnturk.com adresinden ulaşılabilir. Sigortacı, sigorta süresi içinde, önceden herhangi bir bildirimde bulunmaksızın Anlaşmalı Sağlık Kurumları’nda değişiklik yapabilir. www.acnturk.com adresinden ulaşılacak Anlaşmalı Sağlık Kurumları’na

ait liste ve bilgiler bilgilendirme amaçlı olup, hizmet alınmadan önce mutlaka Sigortacı'dan provizyon alınması gerekmektedir.

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

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

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.

Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Anlaşmalı kurumda yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur.

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon alınmalıdır. Tercih edilen Anlaşmalı kurum kapsamında, provizyon alınarak gerçekleşen sağlık giderleri için teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde kuruma ödeme sağlanır.

7.2.2. Anlaşmasız Sağlık Kurumları

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 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 giderler 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 SUT kurallarına göre anlaşmasız kurum teminat limit ve katılımı oranında kapsam dahilindedir.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

8.1. Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında;

Sigortalının poliçe ve teminatları için geçerli olduğu belirtilmiş Anlaşmalı kurum dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında, Sigortacı'dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderleri, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdelerine uygun olarak Sigortacı tarafından sigortalı adına anlaşmalı sağlık kurumuna yapılır. Bu ödemeler, Sigortacı ile Anlaşmalı Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme

doğrultusunda, Anlaşmalı Kuruma yapılır. Acil tedaviler dışındaki ameliyat ve tıbbi tedaviler 2 iş günü önceden anlaşmalı sağlık kurumu aracılığı ile Sigortacı'ya bildirilmediği takdirde doğrudan ödeme işlemi geçersizdir.

Sigortalıların, acil tıbbi durumlar haricinde planlanmış ameliyatları için ameliyatı yapacak olan doktor tarafından doldurulacak Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formunu, 48 saat öncesinden Sigortacı'ya göndermesi gerekmektedir.

Sigortalı başvuruda bulunduğu anlaşmalı sağlık kurumuna sigortalı olduğunu belirtmek ve SGK katılım payını ödemekle yükümlüdür.

8.2. Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında;

Sigortalının tercih etmiş olduğu anlaşmalı kurum dışında gerçekleşen sağlık hizmetlerine ait faturalar; Ayakta ve Yatarak Tedavilere ait fark faturaları poliçede belirtilen anlaşmasız kurum limiti ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.

- Fatura aslı (fatura üzerinde yapılan tetkiklerin, kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçların, yapılan ameliyatların, doktor ücretlerinin vb.nin ayrıntılı dökümü olmalı)
- Reçete aslı, ilaç kutuları ve eczane kasa fişi aslı,
- Tetkik yapıldı ise sonuçlarının fotokopisi (tahlil, röntgen, MR vb.),
- Yatarak tedavi ise epikriz raporu ile müşahede dosyası fotokopisi,
- Ameliyat ise ameliyat raporu,
- Operasyon ücreti, anestezi ve asistan ücretlerinin ayrı faturalar halinde tanzim edildiğinde, hastane faturasına yapılan masrafların dökümünün eklenmesi gerekmektedir.
- Kaza sonucu oluşan bir durum ise kaza zaptı, alkol raporu gerekmektedir.

9. BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

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

Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren başvuru ve beyan formunda yer alan sorulara tam ve doğru olarak cevap vermekle yükümlüdür. Sigortacı gerekli gördüğü hallerde ek beyan, bilgi ve belge talep edebilir veya başvuruyu kabul etmeyebilir. Söz konusu beyanın gerçeğe aykırı veya eksik olması ve/veya beyan yükümlülüğünün yerine getirilmemesi durumunda Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca Sigortacı'ya tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, ilgili durumun tespit edildiği tarih itibarıyla sigorta sözleşmesi şartları yeniden düzenlenebilecektir. Bu durumda, Sigortacı tarafından ödenen tazminatların Sigortacı'ya iade edilmesi, Sigortacı tarafından sözleşme şartlarının yeniden belirlenmesi (muafiyet, ek prim, limit vb. uygulanabilecektir) ve sigorta sözleşmesinin iptali söz konusu olabilecektir.

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

Sigorta Ettiren ve Sigortalı, Sigortacı'nın, bu başvuru sonrasında kurulabilecek Sağlık Sigortası Sözleşmesi'nin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi vb.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalı adayları için doktor, sağlık kurumları, sigorta şirket(ler)i ve/veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile doğrudan doğruya ya da Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi vasıtasıyla, gizlilik sözleşmesi bulunması kaydıyla, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, sı niteliğindeki bilgileri öğrenebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dâhil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmesi görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde tüm sigortalılar ve sigorta ettiren hakkında toplayacağı her türlü bilgiyi, verebilmesini kabul ve beyan eder.

10. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

10.1. POLİÇENİN YENİLENMESİ

İşbu sigorta, en çok 1 yıl süreyle geçerlidir. Ancak, sigorta bitiş tarihini takiben Sigortalı, Sigorta Ettiren'in talebiyle Sigortacı'nın belirleyeceği esaslar dahilinde yenileme poliçe düzenlenebilir. Yenilemede risk analizi sonucu sigorta sözleşmesini hiç yenilemeyebileceği gibi; katılım payı, muafiyet, limit ve/veya ek prim vb. uygulanabilir. Poliçe yenileme işlemleri, poliçe bitiş tarihinden itibaren 30 gün içinde yapılmalıdır. Aksi durumda sigortacının, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almaması ve/veya yenileme haklarının geçerliliğini kaldırarak ilk defa sigortalanacak bir Sigortalı olarak kabul edebilir.

Sigortacı, Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olmayan Sigortalıların sigortalı olduğu dönem içerisindeki sağlık durumunu, tazminatlarını inceleyerek, yenileyip yenilememe kararı verir. Sigortacı, yenileme kararını verirken son sağlık durumunu belirten beyanını, sağlık durumuna ilişkin kayıtlarının ibrazını ve/veya Sigortalı'nın doktor muayenesine tabi tutularak ek tetkikler yaptırmasını isteyebilir. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, Sigortalı'nın geçmiş sağlık bilgilerini eksiksiz iletmesi, erişim yetkisi vermesi ve erişim sistemlerinin Sigortacı tarafından ulaşılır olması kaydıyla Sigortacı tarafından, aksi durumda Sigortalı tarafından karşılanır.

Sağlık Sigortası Bilgi Merkezi (SAGMER) varsa önceki sigorta şirketlerinden veya sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alabilir. Sigortacı, mevzuat gereğince Sağlık Sigortası Bilgi Merkezi (SAGMER), Hazine Müsteşarlığı ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumu ile sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde sigortalılara ait her türlü bilgi ve belge (tazminat, teminat detayları vb.) alışverişinde bulunabilir. Sigortacıdan sağlık sigortası ürününe sahip kişiler, sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde resmî kurumlarla yapılacak bilgi ve belge alışverişini peşinen kabul etmektedir. Sigortacı, bu bilgiler ile sigortalıyı sigortalı olduğu dönem içerisinde ortaya çıkan rahatsızlık ve/veya hastalıklarını değerlendirerek, sigorta sözleşmesini hiç yenilemeyebileceği gibi yenileme döneminde istisna bırakabilir, hastalık limiti uygulayabilir veya hastalık ek primi vb. uygulayarak ilgili rahatsızlık/hastalığı teminat kapsamına alabilir.

Yenilenen sigorta sözleşmesi, kural olarak biten sigorta sözleşmesi ile aynı teminat yapısına sahip aynı sigorta ürünü olmalıdır. Sigorta Ettiren / Sigortalı, sigorta ürünü, anlaşmalı sağlık kurum ağı ve teminat değişikliği talebinde bulunabilir. Bu durumda Sigortacı, yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu değişiklik talebini kabul edebilir ya da etmeyebilir. Sigortacı'nın, bu değişiklik talebini kabul etmesi halinde, önceki sigorta sözleşmesinin kazanılmış hakları ile bağlı kalmaksızın, yeni talep edilen teminat yapısı veya yeni sigorta ürünü hüküm ve şartları ile sigorta sözleşmesi yenilenebilir.

Sigortalının yenileme döneminde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününden, AcnTURK Sağlık sigortası ürünlerine geçiş talep edilmesi halinde risk değerlendirmesi yapılarak geçişinin uygun olup olmadığına karar verilecektir. Sigortacı, sigortalının geçmiş sigortalılık bilgileri ile geçiş yapılan ürünün özel şartları ve Sigortacı'nın değerlendirme kuralları çerçevesinde tekrar değerlendirme yapar. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre plan ve/veya ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) kabul etme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını korumama veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi ek şart uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkı saklıdır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar için plan/ürün değişikliği talebinin uygun görülmesi halinde Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi şartlarını yeniden düzenlenebilir.

Sigortalının yenileme döneminde, Özel Sağlık Sigortası ürünlerinden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününe ya da daha düşük teminatlı bir plana/ürüne geçiş yapmak istemesi halinde tekrar risk değerlendirmesi yapılmaz, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek primi devam eder. Yeni plan/ürün daha evvelce olmayan teminat türlerini içeriyorsa, yeni teminatlar için özel şartlarda belirtilen bekleme süreleri ve muafiyetler yenileme tarihi itibarıyla geçerli olacaktır.

Sigortalıların sahip oldukları son ürünün satışının durdurulması halinde sigortalının poliçesini muadil bir ürün veya teminatlar ile yeniler. Sigortalının, önceki poliçesinin özel şartlarında/teminatlarında yer alan ama yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda/teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir.

Sigortacının poliçeyi otomatik yenileme veya otomatik yenilememe hakkı saklıdır. Otomatik yenilemelerde, Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki sigorta sözleşmesindeki prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı yenilemede de geçerli olacak ve poliçe aksi belirtilmediği sürece aynı ürün, plan ve koşullar ile otomatik olarak yenilenecektir.

10.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG)

Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi poliçenin Sigortacı tarafından mevcut tamamlayıcı sağlık sigortası ürün ve planı (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi gibi belirli kriterler) dahilinde yenilenmesi taahhüdüdür.

Sağlık sigortasının kesintisiz olarak en az 2 yıl Sigortacı'da aynı ürün ile devam etmiş olması koşulu ile ikinci yılın sonunda (2 yıl sigortalılık süresi dolduktan sonraki ilk yenileme döneminde) risk değerlendirme yapıp sigortalının poliçe şartlarını (muafiyet, limit, katılım payı, ek prim uygulaması) yeniden belirleyerek Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilir verilmeyeceğini değerlendirir.

Bu değerlendirme neticesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildiği takdirde poliçede mevcut bulunan ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) dışında Sigortacı'da iken teşhis edilen ve sigorta kapsamında teşhis/tedavi masrafları ödenen rahatsızlıklar için Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanıldığı tarihten sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limitleri düşürülmez, sigortalı katılım payları artırılmaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapılmaz.

60 yaş üzeri kişiler için Sigorta Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi yapılmayacaktır. 18 (dahil) yaşına kadar olan çocukların, Sigortacı bünyesinde sigortalanmasını takiben bir yıllık sigortalılık sonunda Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilir verilmeyeceğini değerlendirir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi yapılabilmesi için sigorta giriş yaşının 58 ve altı olması gerekmektedir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özeldir. Poliçedeki her bir fert için ayrı değerlendirme yapılır ve bu hakkı kazanan sigortalıların poliçesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi ayrıca belirtilir.

Sigortacı "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" başvurusu yapan sigortalının sağlık riskini değerlendirmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık koşullarına göre Sigortalı 'ya bu hakkı vermeme, başvuruyu reddetme, şartlı kabuller (limit, ek prim, katılım, muafiyet... vb.) uygulayarak kabul etme veya herhangi bir şart uygulamaksızın "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verme hakkı saklıdır.

Sigortacı tarafından, Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirme yapılan tarih ile poliçenin yenileme tarihi arasında, Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı yenileme koşullarını gözden geçirerek, Ömür Boyu Yenileme Garantisini tekrar değerlendirme, poliçeyi yenilememe, hastalık ek primi ve/veya istisna uygulama hakkına sahiptir.

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

Sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa bile aşağıdaki koşulların oluşması halinde, duruma göre Sigorta Ettiren/ Sigortalı 'ya yaptığı haksız ödemeler ile ilgili rücu hakkı saklı kalmak üzere, Sigortacı sigorta sözleşmesini iptal etme veya ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) uygulayarak devam ettirme veya Ömür Boyu Yenileme Garantisini değiştirme veya kaldırma hakkına sahiptir:

- Sigorta priminin poliçe üzerinde belirtilen vadelerde ödenmemesi nedeniyle sözleşmenin iptal edilmesi,
- Sigortalının/Sigorta Ettiren 'in Azami İyi Niyet Prensibi ilkesine uymaması,
- Sigortalının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunduğu veya sigorta teminatlarının kötü niyetle kullanıldığının tespit edilmesi durumunda,

Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan Sigortalıların poliçelerinin muadil teminatlarla yenilenmesinden sorumludur. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip Sigortalı'nın, bu hakkının korunabilmesi için devam eden ve sonraki sözleşmelerinin aralıksız olarak muadil teminat yapısı ile yenilenmesi, primlerinin düzenli olarak ödenmesi gerekir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi alındıktan sonra, sigortalı sigorta ürününü değiştirmek ve teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni yeniden değerlendirir. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) kabul etme hakkına sahiptir.

Şirketimizde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerinde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışında olup; başka bir sigorta şirketinden, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününe geçiş yapılacak poliçelerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsun ya da olmasın sigortalılara risk değerlendirmesi yapılacak, limit, katılım payı, ek prim, muafiyet vb.

uygulamalar söz konusu olabilecektir. Önceki şirketteki kazanılmış olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı Sigortacı kriterlerine göre değerlendirilecek olup, belirlenecek şartlar çerçevesinde sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı Sigortacının mevcut özel şartları ile devam ettirilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen sigortalının bu garanti verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan ve sigortalı tarafından bilinen ancak sigortacının bilgisi dahilinde olmayan rahatsızlık / hastalık durumunda, sigortacı durumu öğrendiği tarih itibarı ile Ömür Boyu Yenileme Garantisine son verme, ek şart ve/veya hastalık ek primi ve/veya limit ve/veya katılım payı uygulayarak devam ettirme hakkına sahiptir.

11. PRİM TESPİTİ

11.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Primler, sigortalıların yaşı, cinsiyeti, ikamet adresleri, ürün kapsamı, performansı, "Sağlık Uygulama Tebliği"nde yapılan değişiklikler, sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları değişiklikler gibi kriterler çerçevesinde belirlenmektedir. İlk defa sigortalanacak kişilerin prim tespitinde, ürün tarife fiyatı baz alınır.

Sigortacı, "Sağlık Tarife Primi"ni periyodik aralıklarla portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görünen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, sağlık enflasyonu, ürün kâr zarar durumu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak güncelleyebilir.

Aynı planda kalmak suretiyle poliçesinin yenilenmesine karar verilen kişi için yenileme primi, aynı yaş ve cinsiyetteki ilk defa sigortalanacak sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 katını geçemez. Sigortacı'nın yenileme dönemleri itibarıyla, bu maddede yer alan indirim ve/veya ek prim oranlarında, kriterlerinde makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

11.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

11.2.1. Risk Ek Primi

Tarife priminden bağımsız olarak, sigortalı adayının bireysel sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda sigorta güvencesinin sağlanabilmesi için ödenmesi gereken ek primi ifade eder. Bu ek prim, aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 katını geçemez.

11.2.2. Tazminat/Prim (T/P) Oranına Bağlı İndirim Uygulaması

Yeni iş ve transfer sigortalıları, bu uygulamaya giriş kademesinden (1. kademe) başlar. Sigortalının yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile "Tazminat" / "Poliçe Primi" (T/P) Oranı dikkate alınarak, yenileme poliçesinin kademesi belirlenir. Check-Up, Diş/Diş Sağlığı, Gözlük, Reçeteli ilaç ve Doğum teminatı T/P oranını etkilemeyecektir.

Yenileme poliçe;

- T/P oranı %35'ten küçük ise bir üst kademe,
- T/P oranı %35(dahil) ile %70(hariç) arasında ise aynı kademe,
- T/P oranı %70(dahil) ile %200(dahil) arasında ise bir alt kademe,
- T/P oranı %200'den büyük ise iki alt kademe ile yenilenir.

Kademe	1	2	3	4	5	6	7	8
İndirim Oranı (%)	0	10	20	25	30	40	45	50

- Tazminat/Prim Oranına bağlı indirim tablosu detayları ve indirim oranları aşağıdaki şekilde uygulanacaktır;

Tazminat/Prim Kademesi	İndirim Oranı	TP < %35	%35 ≤ TP < %70	%70 ≤ TP < %200	TP ≥ %200
1	0	2.kademe	1.kademe	1.kademe	1.kademe
2	-10%	3.kademe	2.kademe	1.kademe	1.kademe
3	-12,5%	4.kademe	3.kademe	2.kademe	1.kademe
4	-15%	5.kademe	4.kademe	3.kademe	2.kademe
5	-17,5%	6.kademe	5.kademe	4.kademe	3.kademe
6	-20%	7.kademe	6.kademe	5.kademe	4.kademe
7	-22,5%	8.kademe	7.kademe	6.kademe	5.kademe
8	-25%	8.kademe	8.kademe	7.kademe	6.kademe

11.2.3. Fark Primi

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

11.2.4. Diğer İndirimler

Sigortacı tarafından, dönemsel olarak düzenlenecek olan kampanyalar ve belirli kurallar çerçevesinde indirimler uygulayabilir. Sigortacı, belirli kurallar veya kampanyalar çerçevesinde sunduğu indirimleri uygulama, indirim oranını değiştirme veya indirimi uygulamadan kaldırma hakkını saklı tutar.

12. SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI

12.1. Sigortalı Girişi

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında sadece Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olan Türkiye Cumhuriyeti (T.C) vatandaşları ve Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olan yabancı uyruklu kişiler sigortalanabileceklerdir.

SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar Tamamlayıcı Sağlık sigorta poliçesini devam ettirebilecek ancak teminatlardan faydalanamayacaktır. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden işlerlik kazanacaktır. Herhangi bir nedenle sigortalılık sürecinin kesintiye uğraması halinde işbu poliçe özel şartlarında yazılı kazanılmış haklar için Şirketimizin taahhütleri son bulur.

Sigortalının yaşı cari yıldan doğum yılının çıkarılması ile bulunur. 18 yaşından küçük sigortalılar, 18 yaşından büyük bir sigorta ettirenin olması koşulu ile tek başına sigorta kapsamına dahil edilebilirler. 25 yaşından küçük bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş çocukları SGK kabul kriterleri baz alınarak sigorta teminatına dahil edilebilirler.

TSS Limitsiz ürününde sigortaya ilk defa girişte sigortalılar için üst yaş limiti 64'dür. (64 yaş dahil)

Diğer ürünlerde sigortaya girişte yaş sınırı bulunmamakta olup, 64 yaş üzeri kişilerden sigortacı risk kabul kriterleri doğrultusunda değerlendirme yapılacaktır.

"TSS Aile Ortak" ürünümüzde ayakta tedavi adet limiti poliçedeki kişilere özel tek bir havuz limittir, her kişi için ayrı ayrı değerlendirilmemektedir. (Ortak Aile planı sadece çekirdek aile (anne-baba-çocuklar) üyeleri içindir.)

Sigorta ettiren ve/veya sigortalı Sağlık Sigortası Başvuru ve Beyan Formunda kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür olup, Sigortacı Sağlık Beyan ve Başvuru Formunda beyan edilen tüm bilgileri esas alarak işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde değerlendirilecek ve kabul edilmesi halinde, poliçeye giriş tarihleri olarak poliçenin yürürlüğe alındığı gün esas alınacaktır.

Sigortacı tarafından aksi belirtilmedikçe T.C. sınırları dâhilinde ikamet edenler sigortaya kabul edilir. Poliçe başlangıcından sonraki sürekli ikamet edilen ülke değişiklikleri en geç bir ay içinde yazılı olarak Sigortacı'ya bildirilmelidir.

12.2. Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi

Yürürlükte olan sözleşmeye, yıl içerisinde yeni sigortalı girişi yapılması ancak aşağıdaki durumlarda ve ilgili olayların gerçekleşme tarihlerinden itibaren 30 gün içerisinde (yeni doğan ve evlat edinilen çocuk için 60 gün içinde) Sigortacı'ya başvuru yapılması ve primin tutarının tahsil edilmesi durumunda mümkündür;

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

Poliçeye eklenecek kişilerin (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) primleri, poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır. Bu prim poliçenin ödemeleri tamamlanmış ise peşin olarak, tamamlanmamış ise kalan vade sayısına bölünerek tahsil edilir.

12.3. AcnTURK BEBEĞİ

Gebelik Rutin Kontrol ve Doğum Teminatı alan ve bekleme süresini doldurarak bu teminatı kullanmaya hak kazanmış sigortalıların yeni doğan bebekleri, doğum tarihinden itibaren ilk 14 gün içerisinde Sigortacıya bildirim yapılarak poliçeye girişi talep edilebilir. Giriş için gerekli tüm bilgi ve tıbbi belgelerin (doğum belgesi, epikriz raporu, tetkik sonuçları vb.) eksiksiz olarak iletilmesi durumunda, mevcut sağlık durumu göz önüne alınarak risk değerlendirmesi yapılacaktır.

Yapılan risk değerlendirmesi sonucunda, sigortalanmasına karar verilen bebekler, dahil olacakları poliçenin bitiş tarihine kadar olan gün esaslı primin ödenmesi halinde, "AcnTURK Bebeği" olma ayrıcalığı ile ilk günden itibaren sigortalanır.

Bu bebeklerde;

- Bebeğin doğum tarihi, "İlk Sigortalanma Tarihi" olarak kabul edilir.
- ÖBYG hakkı verilir.
- Bu bebekler için, 5. Bekleme Süreleri başlığında belirtilen bekleme süreleri uygulanmaz.

Aşağıda yer alan rahatsızlıklara ilişkin yatarak tedavi masrafları Sigortacı'ya giriş tarihinden sonra teşhis edilmesi kaydı ile poliçe teminat limiti ve uygulamaları dahilinde ödenecektir.

- Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar;
- 18 yaşından önceki; kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel;
- Şaşılık.

AcnTURK Bebeği hakkı elde etse dahi; Genetik hastalıklar, Anomaliler ve Genetik Hastalıkların araştırılması ve taranması ile ilgili tetkikler, her türlü gen haritasının çıkarılmasına yönelik giderler (tedaviye yön verecek olsa dahi) ve organ eksiklikleri, deformiteler ile ilgili tetkik, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri kapsam dâhinde değildir.

Doğum Teminatı kullanımına hak kazanmayan veya Doğum Teminatı bulunmayan sigortalıların bebeklerini, ilk 14 gün içerisinde gerekli tüm bilgi ve tıbbi belgelerin (doğum belgesi, epikriz raporu, tetkik sonuçları vb) eksiksiz olarak iletilmesi durumunda mevcut sağlık durumu göz önüne alınarak risk değerlendirmesi yapılacaktır. Yapılan risk değerlendirmesi sonucunda, sigortalanmasına karar verilen bebekler, dahil olacakları poliçenin bitiş tarihine kadar olan gün esaslı primin ödenmesi halinde, doğum tarihi itibari ile sigortalanır.

Doğum tarihinden itibaren 15-60 gün içerisinde başvuruda bulunan sigortalılarda ise, yapılan risk değerlendirmesi sonucunda, sigortalanmasına karar verilen bebekler, dahil olacakları poliçenin bitiş tarihine kadar olan gün esaslı primin ödenmesi halinde, başvuru tarihi itibari ile sigortalanır.

Gebelik Rutin Kontrol ve Doğum Teminatı alan ve bekleme süresini doldurarak bu teminatı kullanmaya hak kazanmış olmasına rağmen, doğum tarihinden itibaren 15 -60 gün içerisinde başvuruda bulunan sigortalıların bebeklerinin poliçeye girişinin talep edilmesi halinde, gerekli tüm bilgi ve tıbbi belgelerin (doğum belgesi, epikriz raporu, tetkik sonuçları vb.) eksiksiz olarak iletilmesi durumunda, mevcut sağlık durumu göz önüne alınarak risk değerlendirmesi yapılacaktır. Yapılan risk değerlendirmesi sonucunda, sigortalanmasına karar verilen bebekler, dahil olacakları poliçenin bitiş tarihine kadar olan gün esaslı primin ödenmesi halinde, başvuru tarihi itibari ile sigortalanır.

13. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Şirketimizdeki herhangi bir sağlık poliçesi/sağlık teminatı (örnek: Özel sağlık sigortası, hastalık sigortaları... gibi) ile Tamamlayıcı Sağlık sigortalılık hakları ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçesinin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

13.1. Geçiş (Transfer) İşlemleri

Sigortalı'nın başka bir sigorta şirketinden ayrılarak Sigortacı'dan sağlık sigortası almak istediği durumlarda sigortalı olduğu önceki şirketinden kazanılmış haklarını gösteren belgeleri Sigortacı'ya ibraz etmesi gerekmektedir.

Diğer sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihini takip eden ilk 30 gün içerisinde, Sağlık Beyan ve Başvuru Formu doldurarak yapılan başvurularda, Sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme sonucunda uygun görülen kişilerin 30 gün içinde sigortalanması şartı ile kazanılmış hakları korunabilecektir.

Sigortalı'nın diğer sigorta şirketi/şirketlerindeki ilk sigortalanma tarihlerinden önceye dayandığı tespit edilen rahatsızlıkları önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi kazanılmış hak kapsamına girmez ve rahatsızlıklar/hastalıkları teminat kapsamı dışındadır. Diğer yandan, diğer sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihi ile Sigortacı'da başlayan yeni poliçe başlangıç tarihi arasındaki sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Sigortacı, sigortalı adaylarının önceki poliçelerinde kazanılmış haklarının devamına, şirketimizdeki geçmiş sigortalılık bilgileri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. Sigortacı, bu ürüne ait Özel Şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

- Önceki sigorta şirketinde kapsam dahilinde olsa dahi, mevcut rahatsızlıkları ve geçiş bilgilerinde belirtilen hastalık riskleri çerçevesinde risk değerlendirmesi yapılarak poliçe kabul koşulları belirlenir.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi, önceki sigorta şirketinde kazanılmış olsa dahi, geçiş yapma talebinde bulunan sigortalı adayı için yapılacak değerlendirme sonucuna göre korunabilecektir.
- Önceki sigorta şirketinde teminat kapsamında olan, ancak Sigortacı'nın tercih edilen sigorta ürününde bulunmayan teminat ve hizmetler kapsam dışında kalacaktır.
- Geçiş sırasında Sigortalı adayının hamilelik durumu olsun ya da olmasın Doğum Teminatı ile Gebelik Rutin Kontrol Teminatları için Poliçe Özel Şartları'nda belirtilen bekleme süreleri her durumda geçerli olacaktır.

Bir önceki sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihinin üzerinden 30 günden daha fazla süre geçmişse; sigortalı için yeni sigortalı gibi işlem yapılarak kazanılmış hakları verilmeyecektir.

14. SİGORTA SÜRESİ VE SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

14.1. Sigorta Süresi

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

14.2. Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

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

Sigorta Ettiren, Sigorta Ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini, kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer. Sigorta Ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 15 gün içinde ödemediği takdirde sigorta teminatı durur ve Sigortacı tarafından Sigorta Ettiren'in bilinen son adresine yazılı ihtar gönderir. Riskin gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren 15 gün içinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Poliçenin iptal olması veya sigortalının poliçeden çıkması durumunda, Sigortacı'nın sigortalıya verdiği taahhütleri son bulur.

14.3. Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Prim borcu nedeni ile iptal edilen poliçe için, poliçe iptal tarihinden itibaren en geç 30 gün içerisinde yeniden yürürlüğe alınması için başvuruda bulunulabilir. Yeni sağlık beyan ve başvuru formu ile başvuru yapılması halinde, yeniden risk değerlendirmesi yapılır. Yapılan risk değerlendirme neticesinde Sigortacı'nın poliçeyi tekrar yürürlüğe alma, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

İptal tarihi üzerinden 30 günden fazla süre geçmesi durumunda ise, poliçenin kaçınıcı yılında olduğuna bakılmaksızın meriyete alma talepleri kabul edilmeyecek ve Özel Şartlar çerçevesinde ilk yıl poliçesi olarak değerlendirilecektir.

14.4. Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal

Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın poliçenin tanzim tarihinden sonra 30 gün içinde iptal talebinde bulunması halinde; rizikonun gerçekleşmediği durumlarda poliçe başlangıç tarihi itibarıyla iptal edilir ve ödenen primler kesintisiz Sigortalı 'ya iade edilir.

Sigorta yılı içinde sigortadan ayrılma talebinde bulunan sigortalılar iptal dilekçesini üzerindeki tarih itibarıyla 7 gün içinde Sigortacı'ya ulaştırmalıdır. Evrağın üzerinde herhangi bir tarih olmaması halinde iptal işlemi evrağın Sigortacı'ya ulaştığı tarih itibarıyla yapılır.

Poliçenin başlangıç tarihinden itibaren 30 günlük sürenin dolmasından sonra ve/veya talep tarihine kadar herhangi bir tazminat ödemesinin yapılmış olması halinde; poliçenin iptalinin talep edilmesi durumunda iade edilecek prim tutarı, tazminatlar dikkate alınarak gün esaslı prim hesaplanarak belirlenir.

- Ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, ödenen primden hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak ödenen primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve ödenen primleri aşıyorsa, prim iadesi yapılmaz.

Riziko gerçekleştiğinde primlerin henüz vadesi gelmemiş dahi olsa Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat tutarı kadar olan kısmı, muaccel hale gelir.

Sigorta Ettiren, kesin vadeleri ve tutarları poliçe üzerinde belirtilen primlerinden herhangi birini vade bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim borcunun zamanında ödenmemesi durumunda Hastalık Sigortası Genel Şartları Madde 8 ve ek madde hükümleri uygulanır.

Sigortacı'nın Sigortalı/Sigorta Ettiren'in kötü niyetli hareketlerini tespit ettiği durumlarda (Sigortalı olmayan kişilerin sigorta teminatlarından yararlandırılması ve sağlık giderlerinin diğer sigortalılar adına düzenletirilmesi, Sigortalı'nın bildiği ve/veya belirtilerinin sigorta başlangıç tarihinden önce başladığı halde Sigortacı'ya beyan etmediği mevcut beyansız rahatsızlıkların tespiti vb.) Sigortacı ödemiş olduğu sağlık giderlerini alma ve/veya poliçeyi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir.

Poliçe vade primleri, vadesinde ödenmediği takdirde ödeme yapılmayan vade tarihini takip eden 15 günün sonunda poliçeye provizyon ve tazminat girilmesi sistemden otomatik olarak engellenir ve 30 gün içinde ödeme yapılmadığı takdirde poliçe gün esasına göre iptal edilir.

Sigortalının poliçe tanzim tarihinden itibaren yıl ortasında iptal isteminde bulunması ya da vefat etmesi halinde iptal tarihi son tazminat tarihinden önce olmamak koşulu ile gün esasına göre prim tahakkuk ettirilerek iptal işlemi yapılır. Ödenen tazminat toplam ödenen primden fazla ise, prim iadesi yapılmaz.

Sigorta ettirenin vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilebilir. Kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmemesi halinde hak edilen prim kesilerek geriye kalan tutar iade edilir. Sigortalının vefatı durumunda şirketin hak etmediği prim sigorta ettirene, vefat eden sigortalının aynı zamanda sigorta ettiren olması durumunda ise kanuni varislerine sözleşme özel şartlarına göre iade edilir. Sigortalının tedavi görür iken vefat etmesi durumunda tedavi süresinde oluşan giderler sözleşmenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde sağlık hizmeti sunucusuna veya kanuni varislerine ödenir. Sigortalının kötü niyetli veya hileli davranışlarının (sigortanın sigortalı olmayan kişilerce kullanımı, sahte evrak ile tazminat talebinde bulunma vs.) tespit edilmesi halinde Sigortacı ödenen tazminatları geri isteme ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir. Sigorta yılı içinde sigortadan ayrılma talebinde bulunan sigortalılar iptal dilekçesini üzerindeki tarih itibarıyla 7 gün içinde AcnTURK Sigorta'ya ulaştırmalıdır. Evrağın üzerinde herhangi bir tarih olmaması halinde iptal işlemi evrağın Sigortacı'ya ulaştığı tarih itibarıyla yapılır.

15. EKLER

15.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Sigortacı, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer Sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve/veya belge temin etme ve paylaşımda bulunmaya yetkilidir.

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

15.2. Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi

Sigorta ettiren ve sigortalı gerek ilk başvuru aşamasında gerekse sigortalılığı süresi içerisinde sağlık durumundaki bildiği ve bilmesi gereken tüm hususları ve değişiklikleri Sigortacı 'ya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür.

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının, başvuru aşamasındaki beyanlarının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu veya bilmesi gerektiği halde beyan etmediği mevcut hastalık/rahatsızlıklarının olması halinde poliçe, Sigortacı tarafından iptal edilebilir, bu hastalık ve/veya rahatsızlıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya hastalık ek primi uygulanarak poliçe devam ettirilebilir. Sigortacı, bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı hastalık/rahatsızlıkları, tekrar teminat kapsamına almak üzere değerlendirmez.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlanması / yararlandırılması, aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına sokulmasına yönelik suistimal girişimleri, yeni giriş işlemleri maddesinde belirtilen kriterlere uyulmaması ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda, Sigortacı yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

Sigortalı/Sigorta Ettiren/Lehtar/Hak Sahibi sıfatını haiz olduğunuz sigorta ilişkisinde tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermeniz durumunda, tazminatı eksik alma veya alamama hâlleri ortaya çıkabileceği gibi Türk Ceza Kanunu ile 30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan "Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

15.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Sigortacı, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması varsa Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır. Ancak bu iletişim bilgilerinden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından Sigortacı'ya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede sigortalı olan aile bireylerinden en az biri ile sigorta ettirene ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin Sigortacı'ya iletilmiş olması zorunludur. Aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda poliçede bilgisi tam olan kişiye bildirim yapılır ve bilgilendirme poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

15.4. Rücu ve İstirdat Hakkı

Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel Şartları'na göre ödediği sağlık giderinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

Sigortacı, Sigortalı / Sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları'na veya sigortalı/ sigortalılar hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı/ sigortalılardan talep edebilir.

Sigortalı/sigortalıların ve/veya tedaviyi düzenleyen Sağlık Kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. Sigortacı'nın anılan ödemeye ilişkin e- provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle Sigortacı'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

15.5. Vergi İndirimi

Vergi İndirimi 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 01/01/1986 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 3239 sayılı kanun ile değişen 63. ve 89. maddeleri gereğince; mükellefin şahsı, eşi ve küçük çocukları için ödeyeceği sağlık ve ferdi kaza sigortası primleri vergi indirimi kapsamındadır. Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırları tanımlayan söz konusu maddeler, 29/06/2012 tarih ve 28338 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 6327 sayılı kanun ile değiştirilerek 01/01/2013 tarihinden sonra geçerli olmak üzere yeni düzenlemeler getirilmiştir.

Bordro ile ücret alan mükellefin ödeyeceği sağlık ve ferdi kaza sigortası primi, primin ödendiği ayda elde edilen brüt kazancın %15'ini ve asgari ücretin aylık tutarını aşmamak şartıyla gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir.

Gelir vergisi beyannamesine tabi mükellefin ödeyeceği sağlık ve ferdi kaza sigortası primi, (primin gelirin elde edildiği yılda ödenmiş olması ve ücret geliri elde edenlerin ücretlerinin safi tutarının hesaplanması sırasında ayrıca indirilmemiş bulunması şartıyla) beyan edilen yıllık gelirin %15'ini ve asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacak şekilde gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Söz konusu kanundan yararlanabilmek için:

- a.** Bordro ile ücret alıyor iseniz, çalıştığınız işyerinde muhasebe servisine sağlık ve ferdi kaza sigortası Makbuzunu vermeniz,
- b.** Serbest çalışıyor iseniz, sağlık ve ferdi kaza sigortası makbuzundaki prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtmeniz yeterlidir. (Prim ödeyenin adı ve soyadı, ödemenin ait olduğu dönem, ödenen prim, ödeme yapılan sigorta şirketinin unvanı ve ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu, otomatik para çekme makinası makbuzu ve kredi kartı ekstreleri makbuz yerine geçmektedir.)

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

Madde 1- İşbu sigorta, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder.

Teminat Dışı Kalan Haller

Madde 2- Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

- a) Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- d) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- e) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- f) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.
- g) Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
- h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller

Madde 3 – Aksine sözleşme yoksa, aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır:

- a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.
- b) 2'nci maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

Sigortanın Coğrafi Sınırı

Madde 4- Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

Madde 5- Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de sona erer.

Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü

Madde 6- Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir. Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta

ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek hallerde;

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

Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

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

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

d) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya

2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,

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

Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü

Madde 7- Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür. Sigortacı, değişikliği öğrendiği tarihten itibaren, bu değişiklik, sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiriyorsa, 8 gün içinde;

1- sözleşmeyi fesheder veya,

2- prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren istenen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur.

Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

Değişikliği öğrenen sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta sözleşmesinin aynen devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa, fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

Primin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

Madde 8- Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit en geç poliçenin tesliminde ve kalan taksitler poliçede belirtilen tarihlerde ödenir. Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmeden sigortacının sorumluluğu başlamaz.

İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağının, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır. Bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir. Can sigortalarında indirimle ilişkin hükümler saklıdır.

Prim ödeme zamanı, miktarı ve primin ödenmemesinin sonuçları, poliçenin ön yüzüne yazılır. Sigorta ücretinin kambiyo senetlerine bağlanması borcun niteliğini değiştirmedeği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da hâlel getirmez.

Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri

Madde 9-

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.

Sigorta ettiren/sigortalı söz konusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

B) Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

Kaza veya hastalığı müteakip derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır.

Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkını haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur. Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır.

Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında belirtilen yükümlülükler;

a) Kasden yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

b) Kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz.

c) Gerekli belgelerin teslimi Sigorta ettiren veya sigortalı kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını veya asıllarından şüpheyi davet etmeyecek suretlerini tedaviyi yapan hekim veya hastanece doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

Masrafların Tesbiti

Madde 10- İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder.

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

a) İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler,

b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri, Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakembilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tesbit edilir.

a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tesbit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem-bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

c) Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem-bilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem-bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.

d) Her iki taraf, üçüncü hakem-bilirkişinin bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.

e) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tesbit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

f) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tesbiti bakımından gerekli görecekları delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

g) Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler, ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacıya dava edilemez. Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkca gerçek durumdan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

h) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliğ tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.

ı) Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.

i) Masraf miktarının tesbiti, teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı

Madde 11- Sigortacı ödediği tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dahil tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir.

Sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacının açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur.

Müşterek Sigorta

Madde 12- Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde, bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

Sırların Saklı Tutulması

Madde 13- Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık Kanunun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir.

Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla talep edilen bilgi ve belgelerin ihtiyaç ile uyumlu olması ve dorudan bağının bulunması gerekmektedir.

Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez.

Sigortalı hakkındaki sırlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sırların saklı tutulmasından sorumludur.

Tebliğ ve İhbarlar

Madde 14- Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak yapılır.

Sigorta şirketinin ihbar ve tebliğleri de sigorta ettirenin poliçede gösterilen adresine, bu adreslerin değişmiş olması halinde ise sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye bildirilen son adresine aynı suretle yapılır.

Yetkili Mahkeme

Madde 15- Bu poliçeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu veya hasarın ortaya çıktığı, sigorta şirketi tarafından açılacak davalarda ise, davalının ikametgahının bulunduğu yerin ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemesidir.

Zaman Aşımı

Madde 16- Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

Özel Şartlar

Madde 17- Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klozlara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.

Bilgilendirme Formu, Poliçe ve Katılım Sertifikası Verme Yükümlülüğü

Madde 18-

A. Genel Hususlar

Sigortalılara bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şarttır. Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası imza karşılığı verilir ve imzalı bir örneği şirkette saklanır.

Ancak; sigortacı ile sigortalıların fiziki olarak karşı karşıya gelmesinin söz konusu olmadığı hallerde veya işin mahiyetinin gerektirdiği durumlarda elektronik ortamda veya sigortalının erişimini mümkün kılan benzeri araçlarla bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilebilir.

Sigortalıların bilgi paylaşımına ilişkin yazılı onayı, imza karşılığı verilen bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası aracılığı ile temin edilemez ise teklifname veya izni gösterir bir muvafakatname veya benzeri başka bir yöntemle temin edilir.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının verildiğinin ve bilgi paylaşımına ilişkin onayın alındığının ispat yükümlülüğü sigortacıya aittir.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının birer örneği sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur.

B. Grup Sigortaları

En az on kişiden oluşan, sigorta ettiren tarafından, belirli kıstaslara göre kimlerden oluştuğunun belirlenebilmesi imkanı bulunan bir gruba dahil kişiler lehine, tek bir sözleşme ile sigorta yapılabilir. Sözleşmenin devamı sırasında gruba dahil herkes sigortadan, grup sigortası sözleşmesi sonuna kadar yararlanır. Sözleşmenin yapılmasından sonra grubun on kişinin altına düşmesi sözleşmenin geçerliliğini etkilemez.

Bilgilendirme formu, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından önce; katılım sertifikası, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından itibaren on beş gün içinde verilir.

Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının verilebilmesi için sigortacı tarafından sigorta ettirenden sigortalılara ait iletişim bilgileri talep edilir. Sigorta ettiren, sigortacının bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı gösterir.

Ancak; sigortalıya 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 paylaşılmaması durumunda; sigortacı, sigortalılara ait bilgilendirme formu ve katılım sertifikalarını sigortalılara verilmesini teminen bu maddede belirlenen usule uygun şekilde sigorta ettirene teslim eder. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur. Sigortacı, sigortalılara ait kişisel sayfaya erişim yöntemi hakkında sigorta ettireni bilgilendirir.

C. Aile Sigortaları

Aile bireylerinin dahil olduğu sözleşmelerde bağımlılar (eş, 18 yaşından küçük çocuklar ve bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler) için, aksi talep edilmedikçe, ayrı bir bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şartı aranmaz.



AcnTURK Sigorta A.Ş. – Genel Müdürlük
Fulya Mah. Büyükdere Cad. No: 76 Quasar Plaza Kat:4 İç Kapı No: 142
34394 Şişli – İstanbul / Türkiye
0(212)216 11 11 acnturk.com.tr

Sağlık Sigortaları Departmanı
Cevizli Mah. Tansel Cad. Nedret Sok. No:76 Kat 8
Civil kule / Maltepe İstanbul / Türkiye
0(212)924 60 60 acnturk.com.tr