

TURUNCU SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Bu özel şartlar 03/05/2016 tarihi itibariyle tanzim edilmiş Doga Sigorta **Turuncu Sağlık Sigorta Poliçesi** bulunan yabancı uyruklu (T.C. vatandaşı olmayan) sigortalılar için geçerlidir.

Sigorta sözleşmesi, sigorta ettiren ve sigortalının başvuru formu, tanımlar, sağlık sigortası genel şartları, özel şartlar, limitler, istisnalar ve özel istisnaları, poliçe, teminat tablosu ve bu belirtilenlerin eklerinden oluşan (burada Sigorta Sözleşmesi olarak adlandırılacaktır), sigortacı ve sigorta ettiren arasındaki anlaşmalardır. Bu sözleşme ile sadece yabancı uyruklu (T.C. vatandaşı olmayan) kişiler için (bundan sonra sigorta ettiren/sigortalı olarak adlandırılacaktır) sağlık poliçesi düzenlenebilir ve sigorta kapsamına alınabilir.

Sağlık poliçeleri 1 (bir) yıllık düzenlenir. Poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Poliçe Türkiye saati ile öğlen 12.00'de başlar, belirtilen bitiş tarihinde öğlen 12.00'de sona erer. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz. Sigorta Sözleşmesi'nin geçerli olduğu süre içerisinde yapılacak bütün değişiklik ve ilaveler, yazılı olarak talep edilmesi ve karşılıklı olarak mutabık kalınması halinde geçerlidir. Sigortacı tarafından kabul edildiği yazılı olarak bildirilmeyen değişiklik veya ilaveler geçerli değildir.

Sigortacı, sigorta ettirenin başvuru formunda verdiği bilgilere göre belirlenen primin ödenmesi ve bu Sigorta Sözleşmesi'nin ayrılmaz eklerinin şartları altında başvuru formunda adı geçen sigorta ettiren ile anlaşarak sigortalının teminat kapsamında belirlenen sağlık masraflarını karşılamayı kabul eder.

Doga Sigorta (İş bu özel şartlarda bundan sonra Sigortacı olarak adlandırılacaktır) ve sigorta ettiren/sigortalının üzerinde mutabık kaldığı şartlar doğrultusunda hazırlanan sigorta poliçesi; sigorta ettiren/sigortalının doldurup imzaladığı ve sigortacının kabul ettiği başvuru formu ile sigortalı bilgilendirme formu ve poliçenin ayrılmaz parçaları olan Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şartları, sigortalı tanıtım kartı ile anlaşmalı kurum listesinden meydana gelmektedir.

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

MADDE 1

SİGORTANIN KONUSU

Bu sigorta ile Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ek olarak sigortalının sigorta süresi içinde bir hastalık ve/veya kaza halinde, Sağlık Bakanlığınca ruhsat verilmiş her tür özel veya resmi sağlık kuruluşunda yatarak ve/veya ayakta tedavisi için gerekli olan sağlık giderleri poliçe de belirtilen teminat, limit ve ödeme yüzdesi doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Sigorta teminatı sadece sigorta poliçesinde yer alan kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler teminattan yararlanamazlar. Aile kapsamındaki sigortalılar tedavileri ile ilgili belgeleri poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettiremezler.

Sigortalının hastalık sonucu çalışmaması 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 poliçe kapsamında değildir.

İş bu poliçe 06.06.2014 tarih ve 9 sayılı ikamet izni taleplerinde yaptırılacak özel sağlık sigortalarına ilişkin genelgede belirlenen asgari teminat yapısını kapsamaktadır.

MADDE 2

BAŞVURULAR VE SİGORTAYA KABUL

Sigorta ettiren/sigortalı adaylarının ilk ve sonradan yapacakları bütün başvuruların, sigortacı tarafından temin edilen başvuru formları ile yapılması, sigortalanacak kişilerle ilgili beyan kısımlarının eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerekir. Sigorta poliçesi için yapılacak her türlü başvuru ve/veya değişiklik taleplerinin yazılı ve ıslak imzalı olması şarttır.

Sigorta ettirenin ve sigortalı adayının daimi ikamet ettiği yerin Türkiye sınırları içerisinde olması zorunludur. Sigorta giriş yaşı hesabı; poliçe başlangıç tarihi ile doğum gün/ay/yılı olarak hesaplanır.

İlk Sigortalanma Yaşı 0-60 arası olan kişileri teminat kapsamına alır. Poliçe 65 yaşına kadar yenilenir ve 0 - 65 yaşındaki kişileri teminat altına alır. 18 yaşından küçük çocuklar sigorta ettirenin 18 yaşından büyük olması ve aynı poliçe kapsamında olduğu aile poliçesinde sigorta teminatına dâhil edilirler. Sigorta ettiren yeni doğan çocuğu, annenin de bu Sigorta Sözleşmesi kapsamında bulunuyor olması ve yeni doğan çocuk için doğum tarihinden itibaren 30 gün içerisinde başvuru formu ile başvurması halinde sigortacı teminat kapsamına dahil edilmesini teklif edebilir.

Ancak bu 30 günlük süre aşıldığı takdirde sigorta ettiren yeni doğan çocuğu bu Sigorta Sözleşmesi'nin yinleme tarihinde teminat altına alabilir. Yeni doğan çocuk için başvurunun doğum tarihinden itibaren 10 gün içerisinde yapılması halinde sigortacı çocuğun kayıt tarihini doğum tarihi ile aynı tutabilir. Bu 10 günlük sürenin aşılması halinde ise kayıt tarihi olarak ancak başvuru tarihi esas alınabilir.

Sigortacı'nın ilk ya da daha sonraki başvuruları herhangi bir neden göstermeksizin reddetme, standart şartlarla kabul etme ya da ek prim ve/veya belirli rahatsızlıklar için bekleme süresi ve/veya özel istisna, limit, katılım payı koyarak özel şartlar altında kabul etme, gerekli hallerde doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkı saklıdır.

Bu üründe geçiş kabul edilmemektedir. Sigortalının farklı bir şirkette daha önce sahip olduğu farklı bir sağlık sigortası poliçesi ile var olan kazanılmış hakları bu poliçe için geçerli olmayacaktır.

Sigortalının, poliçenin geçerlilik tarihi içerisinde evlenmesi durumunda, sigortalı kapsamına alınacak eşinin en geç 30 gün içinde başvuru formu doldurması ve evlilik durumunun belgelenmesi halinde evlilik tarihi itibarıyla sigortalanabilecektir. Bu sürenin aşılması durumunda ise teminat başvuru tarihinden itibaren başlatılır.

MADDE 2.1. SAGMER (SİGORTA BİLGİ VE GÖZETİM MERKEZİ) BİLGİLENDİRME

İşbu Sigorta poliçesindeki sigortalılara ait poliçe ve sağlık bilgileri Sagmer'e (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi) transfer edilecek olup, Sagmer ve diğer kamu kuruluşlarından sigortalıların poliçe ve sağlık bilgileri temin edilebilecektir. Sigorta Bilgi Merkezi Yönetmeliği gereği talep edilen bilgilerin gönderilmesi zaruri olup, Bilgi Merkezi'ne verilen bu bilgiler nedeniyle Sigortacının hiçbir sorumluluğu bulunmamaktadır.

MADDE 3

SİGORTA ETTİRENİN SORUMLULUĞU

Sigorta Ettiren Sağlık Sigortası Genel Şartlarında belirtilen yükümlülüklerine ilaveten sigortalanacak kişiler tanımına uygun olarak sözleşme kapsamına alınan kişilerin, artık bu tanıma uymayan konuma gelmeleri halinde bu tarihten itibaren en geç 30 gün içerisinde sigortacıya bildirimini yapmak ve bu kişilerin sözleşme kapsamından çıkışlarını talep etmek zorundadır.

Poliçenin iptal edilmesi veya sigortalının poliçe kapsamından çıkması halinde, poliçe kapsamı dışında kalan bu kişiler adına düzenlenmiş evrakların ve sigortalı tanıtım kartının sigortacıya iade edilmesi sorumluluğu sigorta ettirene aittir. Evrakların tam olarak teslim edilmemesinden doğacak kayıplar sigorta ettirene rücu edilir.

Sigortalının/sigorta ettirenin beyanı gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış ise Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 hükümleri uygulanır. Madde 6'ya göre sigortacının hakları saklı kalmak kaydıyla sigortalı/sigorta ettirenin beyan etmediği hastalıklarını değerlendirme ve şartlı kabul (kapsam dışı, ek prim vb.) teminat kapsamına alma hakkına sahiptir.

Sigortacı, poliçenin Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartlarına aykırı olan giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıdan ve/veya sigorta ettiren' den tahsil etme hakkına sahiptir.

MADDE 4 TEMİNAT KAPSAMI

İş bu poliçe 06.06.2014 tarih ve 9 sayılı ikamet izni taleplerinde yaptırılacak özel sağlık sigortalarına ilişkin genelgede belirlenen asgari teminat yapısını kapsamaktadır.

Sağlık Sigorta Sözleşmesi, sigortacının şirket ile yaptığı sözleşmeye istinaden poliçe sahibi sigortalılarının, şirket ile sözleşme/protokolü bulunan sağlık kurum ve kuruluşlarından oluşturduğu anlaşmalı kuruluşlarından sağlık hizmeti almaları sırasında oluşabilecek tedavi giderlerinin poliçe teminat, limit, ödeme oranı, özel ve genel şartları doğrultusunda ödemesini kapsar.

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

İş bu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumlar üzerinde şirketin değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.dogasigorta.com adresinde yer almaktadır.

MADDE 4.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

Yatarak tedavi teminatı, tıbben gerekli olması ve doktorun bu nedeni ayrıntılı olarak raporunda belirtmesi şartıyla; medikal ve/veya cerrahi yatışları, sigortalının hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderlerini, küçük müdahaleleri özel ve genel şartlara uygun olarak karşılar.

Hastanede sigortalının yatarak tedavi görmesi durumunda; günlük oda (standart tek yataklı oda ücreti ile sınırlıdır), yemek, refakatçi, doktor, ilaç, ameliyathane, operatör, anestezi uzmanı, hemşire (standart hemşirelik ücreti ile sınırlıdır), yoğun bakım, her türlü sarf malzeme giderleri, kemoterapi (Hepatit C tedavisinde kullanılan "interferon ve peginterferon alpha" etken maddeli ilaçlar dahil), radyoterapi, diyaliz (poliçede belirtilen yıllık limit dahilinde) koroner anjiyografi,

böbrek taşı kırma(ESWL), sigortalının tedavisi sırasında vefatı durumunda morg masrafları, ameliyat sırasında zorunlu kullanılan protezler (Kalp kapağı, kalp pili, kalça protezleri vb.) bu teminat kapsamında değerlendirilir ve teminat tablosunda belirtilen teminat limit ve ödeme oranları doğrultusunda Özel ve Genel Şartlara uygun olarak karşılanır.

Yatarak Tedavide yoğun bakım yatış süresi aksi belirtilmedikçe 90 gün ile sınırlı olup toplam 180 günlük yatış süresi içinde değerlendirilir.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilecek tedaviler için alınmış provizyon onayları 7 gün içerisinde gerçekleşmesi durumunda geçerlidir. Bu süre içerisinde gerçekleşmeyen işlemler için yeniden provizyon alınması şarttır. 7 gün içinde işlemi yapılmayan ve yeniden provizyon onayı alınmayan işlemler için sigortacı ret etme hakkı saklıdır.

Provizyon onayı alınmış ve yatış işlemi gerçekleşmiş tüm yatışlarda 10. günden sonraki konuya ilişkin giderlerin karşılanabilmesi için 11. gün sigortacıdan tekrar onay alınmalıdır.

Sigortalının hastaneye başvurmasına neden olan acil sağlık durumunun sağlık kurumlarının acil servislerinde yapılsa dahi, müdahale gerektirmeyen tanı, muayenesi ve ilk teşhisine yönelik giderleri ayakta tedavi teminatı kapsamında değerlendirilir ve %60 ödeme oranında bu teminat kapsamındadır.

Dış gebelik ve molhidatiform ile ilgili giderler yatarak tedavi teminatı kapsamında değerlendirilmektedir.

Operatör Doktor ücreti

Sigorta poliçesinin geçerli olduğu sigortacı anlaşmalı sağlık kurumlarında gerçekleşen yatarak tedavi giderleri poliçede belirtilen teminat, limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Tedavinin anlaşmalı veya anlaşmasız kurumda olmasına bakılmaksızın anlaşmasız doktor (staf olmayan) tarafından yapılacak işlemler için doktor ücreti, her durumda 1 TTB (Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen) ile sınırlıdır.

Tedaviyi gerçekleştiren doktor (anestezi ve asistan doktorları da bu kapsam içinde değerlendirilecektir) anlaşmalı kurumun kadrolu veya kadro dışı geçici zamanlı çalışan doktoru değilse tedavi ücreti her halükarda sigortalı tarafından ödenecek ve değerlendirilmek üzere sigortacıya gönderilecektir. İlgili faturalar mutlak surette serbest meslek makbuzu ve/veya VUK' a(Vergi Usul Kanunu) uygun olarak düzenlenen POS slipi şeklinde olmalıdır. Anestezist ve asistan ücretleri aynı serbest meslek makbuzu / VUK 'a uygun düzenlenen POS slipi içinde yer alamaz; aksi şekilde düzenlenmiş belgeler sigortacı tarafından işleme alınmayacaktır.

Anlaşmalı doktor ücreti poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. TTB Asgari Fiyat Tarifesinde belirtilmeyen veya anlaşmazlığa düşülen işlemlerin doktor ücretleri için TTB'nin görüşü alınır.

Küçük Müdahale Teminatı

Türk Tabipler Birliği (TTB)'nin yayınladığı Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen ve 149 birime kadar (149 birim dahil) olan küçük müdahaleler ile pansuman, enjeksiyon, serum takılması, kulak yıkama, her türlü alçı uygulaması (149 birimin üzerinde olanlar dahil), oksijen verilmesi, apse drenajı, mide yıkama, lavman, sonda takma, tırnak çekme, her türlü koterizasyon, probe küretaj, fraksiyone küretaj ve tedavi amaçlı olsa da dilatasyonlu küretaj, eklem içi enjeksiyon uygulaması ve derinin tüm iyi huylu tümörlerinin, büyüklüğüne ve sayısına bakılmaksızın çıkarılması gibi lokal anestezi veya genel anestezi ile yapılan tüm küçük müdahaleler tedavinin gerekli olduğunu gösterir doktor raporu ile belgelenmesi ve şirket tarafından onaylanması kaydıyla teminat tablosunda belirtilen teminat, limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

Evde Bakım

Sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi halinde ve sigortacının onaylaması şartıyla, sigortalının evde bakım tedavi organizasyonu ve oluşan masraflar sertifikada belirtilen teminat, limit ve ödeme oranları doğrultusunda aksi belirtilmedikçe 45 günle sınırlı olacak şekilde özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır. Sigortalının evde bakım teminatından yararlanabilmesi için, trakeostomili, sık orotrekeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN / IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatöre bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları ve ağır protokolünün uygulanıyor olması gereklidir.

Suni Uzuv/ Protezler

Sigorta başlangıç tarihinden sonra geçirilmiş bir operasyon ve/veya kaza sonucu 30 gün içinde kullanma zorunluluğu doktor tarafından belgelenen şirket tarafından onaylanan destek protezleri, suni uzuv (göz, el, kol, bacak) giderleri ve kaza sonucu oluşan diş/çene cerrahisi ilgili diş hekimlerince yapılan tedavi giderleri (resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edilmesi şartı ile) teminat tablosunda belirtilen teminat, limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

Ambulans

Sigortalının T.C. sınırları içerisinde teminat kapsamındaki bir hastalık veya kaza nedeniyle bulunduğu yerden anlaşmalı ambulans ya da anlaşmalı ambulans hizmetinin bulunmaması durumunda yerel ruhsatlı bir kara ambulansı ile en yakın tam teşekküllü hastaneye, hastaneden eve, evden hastaneye taşınması ve/veya sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve şirketin onaylanması durumunda; bulunduğu il ve hastaneden diğer bir il ve hastaneye, kara ambulansı ile taşınması için yapılan masraflar teminat tablosunda belirtilen ilgili teminat, limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. Anlaşmasız yerel ambulans kullanılması durumunda teminat limiti aynı mesafe için geçerli anlaşmalı kara ambulans ücreti ile sınırlıdır.

Ambulans hizmetleri için Özel Şartlar Madde 14' de belirtilen acil durumlar esas alınır.

MADDE 4.2. AYAKTA TEDAVİ

Sigortalı başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin doktor muayene, tahlil/röntgen, reçeteli ilaç, modern teşhis yöntemleri ve seanslı ayakta tedavi giderleri ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

Ayakta tedavi teminatı alınan durumlarda, tedavi giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır. Poliçelerde, ayakta tedavi üst limitini aşan tedavi giderleri ödenmez. Ayakta tedavi teminatları tek başına verilemez, ancak yatarak tedavi teminatı ile birlikte alınabilir.

Doktor Muayene

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde görevli veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca yapılacak, Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu ile belgelenecek ayakta tedavi kapsamındaki doktor muayene giderleri, poliçede belirtilen limit, ödeme yüzdesi, muafiyet ile özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10. güne kadar yapılan muayeneler, kontrol muayenesi olduğundan bu şekilde fatura edilmiş tedavi giderleri ödenmez.

Anlaşmalı kurumlarda kadrolu/kadro dışı geçici zamanlı çalışmayan doktorları tarafından yapılan muayeneye ait giderler her halükarda sigortalı tarafından ödenecek ve sigortacıya değerlendirilmek üzere gönderilecektir. İlgili faturalar mutlak surette serbest meslek makbuzu ve/veya VUK 'a (Vergi Usul Kanunu) uygun olarak düzenlenen POS slipi şeklinde olmalıdır.

Reçeteli İlaç

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı ilaçlara ait giderler reçete aslı, ilaç kupürü ile fatura ve/veya kasa fişi olmadan ödenmez.

İlaç alımında doz sınırlaması için uygulamamız 1 aylık doz olacak şekilde ayarlanmıştır. Ancak reçete yazıldıktan sonraki 15 gün içinde ilaç alımının yapılması gerekmektedir. Kronik ilaç kullanımları hariç, 15. günden sonra alınan ilaçlar sigortacı tarafından karşılanmayacaktır.

Uzun süreli ilaç tedavilerinde, aynı reçete ile her defasında 1 aylık doz poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile özel genel şartlara uygun olarak ödenir.

Tahlil-Röntgen

Tıp doktorunun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formunda belirttiği, poliçenin geçerlilik süresi içerisinde gerçekleşen, teminat kapsamındaki durumlar için yapılan tahlil, röntgen giderleri ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi ve doktor ücretleri poliçede belirtilen limit, ödeme yüzdesi ile özel ve genel şartlar çerçevesinde karşılanır.

Tanıya yönelik işlemlerde Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu'nun Doktor tarafından eksiksiz olarak doldurulması ve Doktor tarafından yapılması gerekli görülen her tanı işleminin bu formda belirtilmesi gerekir. Sigortalının hastalığının tanısı konulana kadar yapılacak tetkikler bir kullanım hakkı olarak değerlendirilir.

İleri Tanı Yöntemleri

Tıp doktorunun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formunda belirttiği tomografi, sintigrafi, MR, magnetik rezonans, nükleer tıp ve sintigrafiler (talyum vb.), endoskopik işlemler (gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronkoskopi, mediastinoskopi vb.), EEG, EMG, anjiyografiler (Koroner anjiyografi hariç), biopsiler (endoskopik işlemlerle ilgili biyopsi giderleri dahil, ancak sadece karaciğer biyopsisi hariç) , işitme testi giderleri ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç anestezi ve doktor ücretleri poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile genel ve özel şartlara uygun olarak karşılanır.

Tanıya yönelik işlemlerde Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formunun doktor tarafından eksiksiz olarak doldurulması ve doktor tarafından yapılmasına gerek görülen her tanı işleminin bu formda belirtilmesi gerekir.

Yardımcı Tıbbi Malzeme

Sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu sigortalıya uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel (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 ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (Seanslı Ayakta Tedavi İşlemleri)

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığın tedavisi için doktor tarafından gerekli görülen ve sigortacı tarafından seans / gün olarak onaylanan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (Puva, fototerapi, hiperbarik O2, ESWT vb.) giderleri poliçede belirtilen limit, ödeme yüzdesi ile özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

MADDE 5

STANDART İSTİSNALAR

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2 ve 3'de belirtilen Teminat Dışı hallerden başka, aşağıda belirtilen durumlar ile bu durumlardan kaynaklanan tüm komplikasyonlar bu Poliçe'nin tüm Teminatları için kapsam dışı tutulmuştur.

1. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş, ileri yaşta ortaya çıksa dahi doğumsal (Konjenital) anomali ve hastalıklar, genetik hastalıklar, aksine bir sözleşme belirlenmedikçe (Bebek doğuştan itibaren sigortalanmış olsa dahi) prematüre bebek ve kuvöz masrafları, 7 yaş altındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fıtık işlemleri ile ilgili giderleri,
2. Skolyoz, kifoz, lordoz, pes planus, halluks valgus/rijitus için yapılacak tetkik ve tedaviler ile ilgili harcamalar,
3. Nazal septum deviasyonu ve konka hipertrofisi için yapılacak tedaviler, uyku apnesi, uyku bozuklukları ve horlamaya yol açan tüm rahatsızlıkların teşhis, tedavi ve yardımcı cihaz masrafları
4. Yaşlılıktan ileri gelen bunama ile alzheimer, parkinson, sara (Epilepsi) ve bu rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan antipsikotik, antisiyolitik, antikonvülzan ve tüm psikotrop ilaçlar
5. Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan ve beyan edilmeyen mevcut rahatsızlık/hastalıklar ve bu hastalıkların nüks ve komplikasyonları dahil (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun olmasın) her türlü sağlık gideri
6. Her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler, yapı bozuklukları, motor mental gelişim ve büyüme bozuklukları,

7. Psikiyatrik tedavi gerektiren ruh hastalıkları ve psikolojik rahatsızlıklar, pedagog, sosyal hizmet uzmanı vb. masrafları
8. Alkolizm, alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halusinojen vb diğer madde bağımlılığı ile her türlü madde bağımlılığını bırakma tedavisi ve bu maddelerin kullanımı sonrası oluşabilecek her türlü rahatsızlık, oluşan kazalara ait giderler, ehliyetsiz araç kullanımına ilişkin tüm tedavi giderleri
9. Profesyonel (Lisanslı), amatör veya hobi amaçlı yapılan tehlikeli/tehlikesiz tüm spor faaliyetleri ve/veya tüm yarışlar ile bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetler (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçma, ata binme ,kayak yapma, su sporları, dalgıçlık, ulaşım amaçlı olsa dahi atv, motosiklet kullanma vb) nedeniyle gerçekleşen sağlık tedavi giderleri
10. Alternatif tedavi yöntemleri (Akupunktur, homeopati, hipnoz, yoga, mezoterapi, ayurveda, kaplıca ve içmece tedavileri vs.) ve Sağlık Bakanlığı ruhsatı olmaksızın çalışan merkezler ile senatoryum, preventoryum ve rehabilitasyon merkezlerince yapılan tedaviler; bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) kurumu tarafından deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedavilerle ilgili tüm giderler, TTBAUT (Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi) nde karşılığı olmayan işlem/ tedaviler,kilo, iştah bozukluklarına ilişkin zayıflama ve kilo alma programları veya tedavileri ile ilgili harcamalar,
11. Robotik Cerrahi yöntemiyle (Da Vinci) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yönteme özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri. Yeni biyomedikal mühendislik, genetik ve biyoteknolojik bazlı tedavi ve uygulamalara ait giderler,
12. Tıp Doktoru olmayan kişiler veya Sağlık Bakanlığı çalışma ruhsatı bulunmayan merkezlerce ve sigortalının 1.derece akrabaları tarafından kesilen faturalar yapılmış ve/veya istenmiş olan tanı amaçlı inceleme, tedavi ve muayene giderleri, reçete edilmiş tüm ilaç ve malzemeler ve sigortalının 1.derece akrabaları tarafından kesilen faturalar, sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlardan alınan sağlık hizmeti giderleri
13. Tanımlamalar kısmında belirtilen gereksiz yatarak tedavi işlemleri ve belirli bir şikâyet ve/veya hastalığa bağlı olmayan, şikâyetle ilgisiz yapılan tanı ve tedaviler ile ilgili harcamalar (Check up, rutin kontrol vb),
14. Poliçenin geçerlilik süresinde adli bir kaza sonucu meydana gelmedikçe; plastik ve rekonstrüktif cerrahi, her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler, telenjektazi, cilt hemangiomlarına yönelik tedaviler, jinekomasti, terlemeyi önleyen ve bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri, sivilce (akne) ve saç dökülmesi (şampuanlar, cilt kremleri, sabunları ve benzeri kozmetikler dahil) ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri, iyontoforez, botox uygulamaları
15. İştihme kusuru cerrahisi (tüp takılması, timpanoplasti, stapedektomi ,kronik otit sekeli v.b.hariç) ve tüm bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri,
16. Kırılma kusuru, keratakonus, göz kaymaları, şaşılık ve gözde kırılma kusurları için yapılan lazer ve cerrahi uygulama masrafları, görme tembelliği, multifokal lensler için yapılan her türlü teşhis, tetkik ve tedavi masrafları
17. Poliçe Diş teminatının bulunmadığı durumlarda geçerli olmak üzere; Diş hekimleri tarafından diş, dişeti ve çeneye yapılan her türlü müdahale, teşhis ve tedavi masrafları, diş protezleri (Sigortalının sigorta başlangıç tarihinden sonra

geçirebileceği bir trafik kazası sonucu hasara uğramış çene ve dişlerinin eski halini alması için yapılan masraflar hariç) ile poliçede diş teminatı olsa dahi her türlü ortodonti ve estetik amaçlı yapılan diş tedavileri

18. İlaç olarak kabul edilmeyen malzemeler, Tarım Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış her türlü madde ve kimyasallar, resmi ithal edilmemiş tüm ilaçlar ile her türlü external protezler ve destek protezleri (Yatarak Tedavi Teminatı bünyesinde değerlendirilemeyecek olanlar), vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacıyla kullanılan vitamin mineral kombinasyonları ve/veya beslenme düzenleyici preparatlar, evde kullanılan nemlendiriciler, vücuda dışardan takılan cihazlar, ilaçla alınmayan enjektörler, bantlar, gözlük-cam-çerçeve-lens, lens solüsyonu, tekerlekli sandalye, işitme cihazı, ortopedik bot-taban-terlik-ayakkabı masrafları, diş macunu ağız ve diş bakım preparatları vb.) ait masraflar ile telefon, TV, kafeterya, idari hizmet paramedikal hizmet ve servis ücreti gibi tedavi için gerekli olmayan sair giderler, Çocuk bezi, mama biberon, emzik, bebek bakım kremleri vb. masrafları
19. Allerji için yapılacak aşılarda, allerji testleri, her türlü immünoterapiler (metabolik ve oto-immun hastalıkların tedavisi için yapılanlar hariç) ile ilgili her türlü tetkik ve tedavi ile ilgili harcamalar,
20. Hamilelik ile ilgili tüm mutad kontroller ve giderler, düşük, kürtaj (zorunlu olsa bile) , doğum (normal/sezaryan) ,doğum kontrol yöntemleri, aile planlaması düşük araştırması tüp bebek, penil protez, kısırlık, (Folikül takibi, histerosalpingografi, spermogram, adhezyolizis tuboplasti, vb.gibi)cinsel fonksiyon bozuklukları, kısırlıkla ilgisi olsun ya da olmasın varikosel, cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (bulaşma yoluna bakılmaksızın sifiliz, gonore şankroid, lenfogram, venerum, granüloma inguinale hastalıkları, genital kondilomalar vb.), AIDS ve bunlarla ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri, tıbbi gereği olsa dahi sünnet ile ilgili tüm harcamalar, ses ve konuşma terapisi
21. Varis ve ven trombozu tedavisi (skleroterapi, lazer, ışın, masaj, çorap vs gibi),
22. Donör sağlanması, organ ve kan naklinde verici ile ilgili masraflar,
23. Resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar ve kötü niyetle başlatılmış salgın hastalıklar
24. Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tanı, tedavi veya her türlü cerrahi müdahalelerdeki hatalar sonucu doğacak sağlık giderleri
25. Şirket, tarafından onaylanmayan özel hemşirelik giderleri, Özel Şartlar Madde 14'de Acil Durumlar olarak belirtilen durumlar dışındaki ambulans giderleri, her türlü hava ve deniz ambulansı
26. Bulaşma halinde yapılan kuduz, tetanoz, grip ile 0-6 yaş çocuklar için Sağlık Bakanlığı aşı takvimi haricindeki tüm aşılarda (aşı öncesi veya sonrası yapılan tetkikler ile aşı uygulama bedelleri dahil) ,
27. Sigortalının yatarak, ayakta ve/veya acil olduğuna bakılmaksızın yurtdışında yaptırdığı tüm sağlık tedavi giderleri
28. Sigortalının hastalık sonucu çalışmaması 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 poliçe kapsamında değildir.

29. Nedeni ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, jejuno-ileostomi, barsak kısaltılması vb.)

MADDE 6

BEKLEME SÜRELİ DURUMLAR

Aşağıda belirtilen rahatsızlıklarla ilgili teşhis vb. tüm giderler, cerrahi ve medikal tedaviler ile komplikasyonları tüm teminatlarda ilgili bekleme süreleri boyunca teminat kapsamı dışında tutulmuştur.

Sigorta poliçesinin yineleme koşullarına göre tekrarlanarak sürdürülmesi ve sigortacı tarafından aşağıda sayılan durumlardan biri için özel istisna konulmaması halinde 12 aylık sigortalılık süresini kesintisiz olarak tamamlayan ve sigortacı tarafından ayrıca bir bekleme süresi konulmuş ise bu bekleme süresini tamamlamış olan sigortalılar için aşağıda sayılan standart bekleme süreleri uygulanmaz ve teminata dahil olur.

12 Ay Bekleme Süresi Olan Durumlar

Her türlü organ nakli (kaza sonucu hariç) ve bunların komplikasyonları, her türlü tümör, lipom, verrü, nevüs vb. gibi deriye yönelik yapılan işlemler, kist (deri-deri altı, böbrek, vajinal vb.), polip ve nodüllerin alınması, anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür, fistül, pilonidal sinüs vb), GIS Kanamaları, divertiküllere bağlı rahatsızlıklar, sfinkterotomi, her türlü fıtıklar, omurga ve disk hastalıkları (disk hernileri, faset denervasyon, sinir blokajı vb), higroma, trigger finger, eklem rahatsızlıkları (menisküs, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği eklemlerindeki bağ rahatsızlıkları vb.), rahim-yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve ameliyatlar, bartolin kisti, endometriosis, sistorektosel, diyaliz, böbrek ve idrar yolu ameliyatları ve taşları (ESWL), mesane rahatsızlıkları, hidrosel, meme rahatsızlıkları ve ameliyatları, sinüzit ve sinüs cerrahisi, bademcik, genizeti, işitme cerrahisi (timpanoplasti, kulağa tüp takılması, stapedektomi vb) , katarakt, glokom, keratoplasti, prostat (TUR dahil), varis, felç, tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları, safra kesesi, safra taşları ve safra kanalları rahatsızlıkları, karaciğer hastalıkları, karaciğer biyopsisi, kist hidatik, pankreas ve dalak hastalıkları ile ilgili cerrahi girişimler (kaza sonucu hariç), kalp ve damar hastalıkları (koroner anjiyografi, by-pass, anjioplasti, aort disseksiyonu, anevrizmalar dahil), her türlü kronik hastalık [hipertansiyon, ülser, inflamatuvar barsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn), KOAH, astım, şeker, epilepsi, multipl skleroz, hepatit B, sarkoidoz, nefrit ve tüm romatizmal hastalıklar, bağ dokusu hastalıkları vb.], tanı ve tedaviye yönelik invaziv girişimler (anjio, ERCP vb), artroskopik, endoskopik ve laparoskopik girişimler, diyaliz, kemoterapi, radyoterapi ve kanser tedavisine yönelik diğer giderler

MADDE 7

TAZMİNAT DEĞERLENDİRME VE ÖDEME İŞLEMLERİ

Sigorta Ettiren/Sigortalı hastalık ve tedavi hakkında sigortacıyı yeteri kadar aydınlatmak ve yanıltıcı bilgi vermekten kaçınmak zorundadır. Eksik veya yanlış bilgi sonucu sigortacı tarafından anlaşmalı kuruluşa ödeme garantisi verilmiş ya da tazminat ödenmiş olsa dahi, gerek tedavi sırasında ve gerekse yapılan tedavinin ileriki aşamalarında söz konusu rahatsızlığın ve tedavinin teminat kapsamında olmadığı tespit edilmesi halinde sigortacı tarafından ödenmiş tazminatın iadesi talep edilebilir.

Anlaşmalı kurumlarda yapılmış giderler dışında anlaşmasız kurumlarda sigortalı tarafından yapılmış ödemeler ile sağlık giderlerini gösterir fatura asıllarının sigortacıya ulaştırılması karşılığında ödenir. Sigorta priminin taksitle ödendiği poliçelerde rizikonun gerçekleşmesi halinde, kalan taksitler muaccel hale gelir ve sigortalıya ödenecek tazminattan mahsup edilir.

Sigortalının rahatsızlığı ve yapılan tetkik ve tedavi işlemleri doktor raporuyla belgelenmelidir. Sigortacı tazminat değerlendirmesi sırasında incelemek amacıyla gerekli gördüğü belgeleri sigorta ettirenden/sigortalıdan isteyebilir. Sigortacı teminat kapsamında olmayan harcamaları, kabul edilmemiş sebebinin açıklayan yazıyla sigortalıya bildirir.

Sigortalının anlaşmalı kuruluştaki gerçekleşen yatarak ve ayakta teminat kapsamındaki tedavi giderleri poliçede belirtilen limit, ödeme oranı, özel ve genel şartlar çerçevesinde sigortacı tarafından doğrudan anlaşmalı kuruluşa ödenir.

Sigortalının yatarak tedavisi ile ilgili tedavisinin anlaşmalı kurumda anlaşmalı olmayan doktor tarafından yapılmış olması halinde ise sigortacı tarafından hekim ücreti için doğrudan ödeme garantisi verilmez. Bu durumda sigortacı tarafından anlaşmalı olmayan doktor ücreti için sigorta ettiren / sigortalıya ödenebilecek en fazla tutar, yapılan işlemin Türk Tabipler Birliği Asgari Fiyat Tarifesinde yer alan karşılığı kadardır. (1TTB) Tedaviyi yapan doktorun anlaşmalı olması halinde hekim ücreti için poliçede belirtilen limit, ödeme oranı, özel ve genel şartlar çerçevesinde ödeme yapılır.

Uygulanan her türlü sağlık tedavisi sonrasında oluşan faturanızı görmeniz ve kendiniz adına maliyet kontrolünün yapılması, özellikle tüm hastane yatışları sonrasında oluşan hastane çıkış faturalarının incelenerek imzalanması gerekmektedir.

Sigortalının acil durumlar dışında planlı bir yatışı ve/veya ameliyatı gerektiren durumlar için; yatıştan asgari 48 saat önce durumu ameliyatı gerçekleştirecek doktor tarafından doldurulmuş provizyon onay formunun kurum tarafından şirkete bildirmesinin sağlanması gereklidir. Sigorta

şirketi gerekli incelemeyi yaptıktan sonra yatışın ve/veya ameliyat giderlerinin poliçe kapsamında ödenip ödenmeyeceğini geri bildirimde bulunacaktır.

Yatarak tedavi teminat kapsamındaki ödemelerin yapılabilmesi için aşağıdaki belgelerin sigortacıya ve/ veya şirkete iletilmesi gereklidir.

1. Sigortalı tarafından imzalanmış dökümlü hastane faturaları, yatış nedenini gösterir rapor,
2. Cerrahi girişimlerde ayrıntılı ameliyat raporu (parça alınmışsa patoloji sonuç raporu dahil) ,
3. Gerekli görüldüğünde müşahede dosyası, trafik kazası tespit tutanağı, adli rapor, adli tutanak, alkol raporu, sigortalı beyanı,
4. Epikriz (çıkış özeti) raporu,
5. Gerekli görüldüğünde laparoskopik / artroskopik / endoskopik ameliyat kasetleri.
6. Mali Suçları Araştırma Kurumu (MASAK) tarafından yayınlanan Suç Gelirlerinin Aklanmasının ve Terörün Finansmanının Önlenmesine Dair Tedbirler Hakkında yönetmelik (www.masak.gov.tr) gereğince gerekli durumlarda kimlik tespitine ilişkin bilgi ve belgeler

Ayakta tedavi giderlerinin belgelenmesinde de teminat kapsamındaki ödemelerin yapılabilmesi için Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu ekinde aşağıdaki belgelerin sigortacıya iletilmesi gereklidir.

Doktor muayenelerinde;

1. Doktor ücretini gösterir (Dr. Kaşesi ve branşı mutlaka belirtilmelidir) fatura veya serbest meslek makbuzu (Kasa fişleri geçersizdir)
2. Muayene sırasında Ultrason yapılmış ise çıktı aslı veya raporu (gerektiğinde tıbbi kayıt)

İlaç Giderlerinde;

1. İlgili doktor reçetesi aslı (ve gerektiğinde doktor raporu),
2. Kasa fişi veya fatura,
3. İlaç ismi ve fiyatlarının bulunduğu ilaç küpür ve barkodları,
4. Sürekli kullanılan ilaçlar için doktor raporu

Tahlil/ Röntgen ve İleri Tanı Yöntemlerinde,

1. Doktor istek yazısı / sevk pusulası veya raporu,
2. İlgili harcamaları gösterir faturalar,
3. İnceleme sonuçları, raporlar, gerektiğinde tıbbi kayıt.

Fizik Tedavilerde;

1. Tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, Ultrason vb.) ,
2. Doktor istek yazısı,düzenlediği tedaviyi gösterir detaylı rapor (her seans için gerekli tedavi ve toplam seansın belirtilmesi şarttır).

Yardımcı Tıbbi Malzeme Giderlerinde;

1. Doktor reçetesi
2. Gerekliğinde doktor raporu ve tetkik sonuçları

MADDE 8

YENİLEME GARANTİSİ

Yabancı uyruklu kişiler için tanzim edilen bu poliçede yenileme garantisi bulunmamaktadır.

MADDE 9

SÖZLEŞMEDE YAPILACAK DEĞİŞİKLİKLER

Sigorta Ettiren tarafından teklif edilen ve sigortacı tarafından da kabul edilerek yapılan değişiklik sonucu teminat kapsamının genişletilmesi halinde seçilen yeni teminat, bu teminatın alınmasından sonra ortaya çıkabilecek teminat kapsamı dahilindeki rahatsızlıklar için geçerli olup, standart bekleme süreleri yeniden başlatılır.

MADDE 10

KAZANILMIŞ HAKLAR

Kazanılmış hakların korunması; sigortalının aralıksız devam ve risk analiz kitapçığında belirtilen yenileme süresini aşmamış poliçeler için, ilk sigortalanma tarihin (ilk kayıt tarihi) Doga Sigorta'da başlayan poliçesinde korunmasını ve poliçe özel genel şartlarında belirtilen bekleme sürelerinin uygulanmaması ile sigortalının bir önceki poliçesinde var olan şartlı kabullerinin Doga Sigorta poliçesinde aynı şekilde uygulanacağını ifade eder.

Bu üründe geçiş kabul edilmemektedir. Sigortalının farklı bir şirkette daha önce sahip olduğu farklı bir sağlık sigortası poliçesi ile var olan kazanılmış hakları bu poliçe için geçerli olmayacaktır.

Sigortalının, önceki poliçesinin özel şartlarında ve /veya teminatlarında yer alan ancak Doga Sigorta'da geçerli poliçe özel şartlarında geçerli olmayan, özel şart/teminatlarında bulunmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmez. Ancak Doga Sigorta Poliçesi'nde var olan ve önceki poliçesinde bulunmayan özel şart/teminatlar sigortalı için geçerli olacaktır.

MADDE 11 PRİMİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN/SİGORTALININ TALEBİ SONUCU IPTAL

Sigorta ettiren, sigorta primini peşin veya taksitle ödeme kararlaştırdıktan sonra; peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Aynı şekilde sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ödeme planındaki prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde poliçe temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi hâlinde Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır.

Herhangi bir nedenden sigorta ettiren ve/veya sigortalı isteğine istinaden poliçe iptalinin şirket tarafından yapılabilmesi için; poliçe özel şartları iptal bölümünde belirtildiği üzere Genelge gereğince ikamet izin süresini kapsayan yeni bir özel sağlık sigortası sözleşmesinin ibrazı, ikamet izninin iptali, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil olunduğunu gösterir belge ibrazı zorunludur. Bu belgeler olmaksızın veya poliçenin prim borcu nedeniyle iptali durumunda Sigorta Şirketinin İçişleri Bakanlığı Göç İşleri Genel Müdürlüğü'ne bilgi verme hakkı saklıdır.

Sigortalının/sigorta ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigorta ettirene iade edilir. İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

İptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, sigortacının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır.

Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir .

Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.

Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.

Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hâle gelir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen birey çıkışı (eş, çocuk) taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

Sigorta Ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olması ve sigortalıların sigorta ettireni değiştirerek poliçeyi devam

ettirmek istemeleri halinde, Sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı' ya iletilmesi gereklidir. Bu durumunda sigorta ettiren değiştirilerek poliçeye devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Sigorta Ettirenin sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçede, Sigorta ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu Poliçelerde, Sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki Sigorta Ettirene yapılır.

MADDE 12

TAZMİNATSIZLIK İNDİRİMİ

Tazminat / Prim oranına göre uygulanacak indirim ve ek primler;

Sigortalı için "ödenen tazminat / net prim oranı" Toplam sigortalı primine uygulanacak olan indirim oranı:

%0	%15
%1-25	%10
%26-50	% 5
%51-100	% 0

Sigortalı için "ödenen tazminat / net prim oranı" Toplam sigortalı primine uygulanacak ek prim oranı:

%101- %200	%100
%201 -%300	%200
%301 ve üstü	%300

Tazminatsızlık indiriminden yararlanan sigortalının, tazminatsızlık indirim/ek primine hak kazandığı Sigorta Sözleşmesi dönemi için daha sonradan tazminat alması halinde ise tazminatsızlık indirimi geçersiz kalır ve uygulanmış bulunan indirim tutarı zeyilname ile prime ilave edilir.

MADDE 13

RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME

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

MADDE 14 ACİL DURUMLAR

Aşağıda listesi verilmiş olan durumlar ve hastalıklar acil durum olarak nitelendirilir. Bu durumlarda anlaşmasız kuruluşlarda yapılacak harcamalar, anlaşmalı kuruluşlar için belirlenen ödeme yüzdesi esas alınarak poliçe özel ve genel şartları doğrultusunda değerlendirilecektir.

- Suda boğulma,
- Trafik kazası,
- Terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklanma, kavga vb. (Kendisinin olayın hazırlayıcısı yada tarafı olmadığı, kazaen maruz kaldığı durumlarda geçerli)
- Tecavüz,
- Yüksekten düşme,
 - Ciddi iş kazaları, uzuv kopmaları, Elektrik çarpması,
 - Donma, soğuk çarpması, Isı çarpması,
- Ciddi yanıklar,
- Ciddi göz yaralanmaları,
- Zehirlenmeler,
- Anafilaktik şok,
- Omurga ve alt ekstremitte kırıkları,
- Kalp krizi ve ritim bozuklukları, hipertansiyon krizleri,
- Akut solunum problemleri,
 - Şuur kaybına neden olan her türlü organik kusur, Ani felçler,
- Ciddi genel durum bozukluğu,
 - Yüksek ateş (39,5 üzeri),
 - Diabetik ve üremik koma,
 - Genel durum bozukluğunun eşlik ettiği dializ hastalığı, Akut batın,
- Akut masif kanamalar,
 - Menenjit, ensefalit, beyin apsesi, Renal kolik,

MADDE 15 PRİMİN TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

Sigortacı Özel Sağlık Sigortası fiyatlarını birey bazında, yaş, cinsiyet, sigorta süresi, geçmiş dönem kullanım oranı (sağlık gideri/prim oranı), teminat yapısı, teminat limiti ve sağlık

giderlerinin kullanılacağı il, komisyon oranı, enflasyon oranı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Primler gerekli görüldüğü anlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir.

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

Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının yıl-yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır.

MADDE 16 YASALARDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

Bu Sigorta Sözleşmesi Türkiye Cumhuriyeti'nin ilgili mevzuatına tabi olacaktır.

MADDE 17 VERGİLER

Sigorta Sözleşmesi'nde belirtilen bütün resmi damga, pul ve harçlar ile vergiler sigorta ettirene aittir.

MADDE 18 PARA BİRİMİ

Sigortacıya ya da sigorta ettirene yapılacak tüm ödemelerde Türk Lirası kullanılacaktır.

MADDE 19 TANIMLAMALAR

POLİÇE

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

POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ

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

POLİÇE BİTİŞ TARİHİ

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

POLİÇE TANZİM TARİHİ

Sigortalının doldurmuş olduğu başvuru/yenileme formu doğrultusunda poliçenin düzenlendiği tarihtir.

POLİÇE ÖZEL ŞARTLARI

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

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

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

BİLGİLENDİRME FORMU

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

SİGORTA ETTİREN

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

SİGORTACI

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

SİGORTALI / SİGORTALILAR

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

ANLAŞMALI KURULUŞ:

ŞİRKET ile özel anlaşması bulunan ve ŞİRKET' in sözleşme yaptığı sigorta şirketi sigortalılarına bu anlaşma çerçevesinde sağlık hizmeti sunan kurumlardır.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarının isimleri, sigortacı tarafından sigortalıya poliçe ekinde verilen anlaşmalı kurum kitapçığı ve sigortacıya ait www.dogasigorta.com. Adresli web sayfasında güncel hali ile sunulmaktadır. Sigorta şirketinin anlaşmalı kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

ANLAŞMASIZ KURULUŞ

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

ŞİRKET:

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarıyla sözleşme yapan ve yaptığı sözleşme karşılığında; kendisiyle sözleşme imzalamış sigorta Şirketlerinin sigortalılarına almış oldukları ürün içerikleri doğrultusunda anlaşmalı kurumlardan sağlık hizmeti almalarını sağlayan İMECE DESTEK DANIŞMANLIK HİZMETLERİ' dir.

SAGMER

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

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

PRİM

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

İLAVE ÜCRETLER

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

KATILIM PAYI

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

LİMİT

Sigortacının bu sigorta poliçesinin şartları içerisinde istisna, bekleme süresi, limit ve muafiyet dışında üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamını ifade eder.

Sigortalının belirtilen teminatından, sigorta poliçesi dönemi süresince kullanabileceği azami gider toplamıdır.

ÖNCE DEN VAR OLAN RAHATSIZLIK

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

KOMPLİKASYON

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

PROVİZYON ONAYI

Şirketin anlaşmalı sağlık kurumlarına, poliçe özel şartlarında belirtilen esaslar doğrultusunda sigortalı lehine verdiği sağlık giderleri ödeme taahhüdüdür.

KONJENİTAL HASTALIK

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

KRONİK HASTALIK

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

MUACCEL OLMAK

Primin ve / veya tazminatın talep edilebilir hâle gelmiş olması

MUAFİYET

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

RİSK / RİZİKO

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

RÜCU

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

SİGORTALI TANITIM KARTI

Sigortalının adına düzenlenerek poliçesi ekinde verilen ve anlaşmalı kurumlarda sigorta şirketince sağlanmış koşulların uygulanması için istendiğinde ibraz edilmesi gerekli kart.

TEMİNAT

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

BEKLEME SÜRESİ

Poliçe özel şartlarında belirtilen hastalıkların teminat kapsamına girmesi için sigortacı tarafından belirlenen ve sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

KAZA

Ani ve dışarıdan gelen bir olay nedeniyle sigortalının iradesi dışında fiziksel bir etki altında kalmasıdır.

TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ (TTB) ASGARİ ÜCRET TARİFESİ

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi'nin sağlık hizmetlerinde uygulanması gereken asgari hekimlik ücretlerine yönelik yayınladığı ve güncellediği tarifedir. Ücretlendirme; tarifede belirtilen işlemlere ait birimlerin, ilgili il hizmet katsayı ile çarpımına KDV eklenerek hesaplanmaktadır.

BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigorta ettiren/Sigortalının, sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında, sigortalı adaylarının mevcut tüm rahatsızlıklarını veya rizikonun takdirine etkili olacak hususları, eksiksiz ve yazılı bildirmesi gerekliliğidir.

TAZMİNAT

Sigorta sözleşmesi kapsamında sağlık riskinin gerçekleşmesi durumunda, sağlık giderinin poliçede belirtilen teminatlar, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve özel şartları ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği dahilinde sigortacının ödeyeceği bedeldir.

ZEYİLNAME

Poliçenin yürürlüğe girmesinden sonra ortaya çıkan, poliçede belirtilen hususlarda meydana gelen değişiklikleri içeren ve poliçeye ek olarak düzenlenen, aynı yasal yetkiye sahip ek sigorta sözleşmesidir.

VERGİ İNDİRİMİ

193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 1 Ocak 1986 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 3239 sayılı kanun ile değişen 63. ve 89. maddeleri gereğince; mükellefin şahsı, eşi ve küçük çocukları için ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primleri vergi indirimi kapsamındadır. Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırları tanımlayan söz konusu maddeler, 29 Haziran 2012 tarih ve 28338 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6327 sayılı kanun ile değiştirilerek 1 Ocak 2013 tarihinden sonra geçerli olmak üzere yeni düzenlemeler getirilmiştir. Bordro ile ücret alan mükellefin ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primi, primin ödendiği ayda elde edilen brüt kazancın %15'ini ve asgari ücretin aylık tutarını aşmamak şartıyla gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Gelir vergisi beyannamesine tabi mükellefin ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primi, (primin gelirin elde edildiği yılda ödenmiş olması ve ücret geliri elde edenlerin ücretlerinin safi tutarının hesaplanması sırasında ayrıca indirilmemiş bulunması

şartıyla) beyan edilen yıllık gelirin %15'ini ve asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacak şekilde gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Söz konusu kanundan yararlanabilmek için;

1) Bordro ile ücret alıyor iseniz, çalıştığınız işyerinde Muhasebe Servisine Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzunu vermeniz

2) Serbest çalışıyor iseniz, Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzundaki prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtmeniz yeterlidir. (Prim ödeyenin adı / soyadı, ödemenin ait olduğu dönem, ödenen prim, ödeme yapılan sigorta şirketinin ünvanı ve ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu, otomatik para çekme makinası makbuzu ve kredi kartı ekstreleri makbuz yerine geçmektedir.)