İçindekiler

[1.- TARAFLAR 5](#_Toc128986517)

[2.- SÖZLEŞMENİN KONUSU VE KAPSAMI 5](#_Toc128986518)

[3.- TANIMLAR 6](#_Toc128986519)

[4.- TEMİNATLAR 15](#_Toc128986520)

[4.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU 15](#_Toc128986521)

[4.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNAT GRUBU 16](#_Toc128986522)

[4.3. YURTDIŞI TEDAVİ TEMİNATI 17](#_Toc128986523)

[4.4. EK TEMİNATLAR 17](#_Toc128986524)

[5.- BEKLEME SÜRELERİ 17](#_Toc128986525)

[6.-TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER 18](#_Toc128986526)

[7 COĞRAFİ KAPSAM 24](#_Toc128986527)

[8 TEMİNAT UYGULAMA USUL VE ESASLARI 24](#_Toc128986528)

[8.1 YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU 24](#_Toc128986536)

[8.1.1 Ameliyat 25](#_Toc128986537)

[8.1.2 Hastanede Tedavi 26](#_Toc128986538)

[8.1.3 Suni Uzuv 27](#_Toc128986539)

[8.1.4 Kemoterapi Teminatı 27](#_Toc128986540)

[8.1.5 Radyoterapi Teminatı 28](#_Toc128986541)

[8.1.6 Diyaliz Teminatı 28](#_Toc128986542)

[8.1.7 Kanser Tetkik Teminatı 29](#_Toc128986543)

[8.1.8 Küçük Müdahale 29](#_Toc128986544)

[8.1.9 Seanslı Tedavi Teminatı 30](#_Toc128986545)

[8.1.10 Oda-Yemek, Yoğun Bakım Teminatı 31](#_Toc128986546)

[8.1.11 Refakatçi Teminatı 31](#_Toc128986547)

[8.1.12 Acil Ulaşım 31](#_Toc128986548)

[8.1.13 Rehabilitasyon ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı 32](#_Toc128986549)

[8.1.14 Kaza Sonucu Çene Cerrahisi ve Diş Tedavisi 33](#_Toc128986550)

[8.1.15 Hastane Dışı Tedavi 33](#_Toc128986551)

[8.1.16 Ameliyat Tazminat Teminatı 34](#_Toc128986552)

[8.2 AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI 35](#_Toc128986553)

[8.2.1 Doktor Muayene 35](#_Toc128986554)

[8.2.2 İlaç Teminatı 36](#_Toc128986555)

[8.2.3 Laboratuvar 38](#_Toc128986556)

[8.2.4 Görüntüleme 38](#_Toc128986557)

[8.2.5 Modern Teşhis 38](#_Toc128986558)

[8.2.6 Fizik Tedavi 39](#_Toc128986559)

[8.2.7 Yardımcı Tıbbi Malzeme 39](#_Toc128986560)

[8.3 YURTDIŞI TEDAVİ TEMİNATI 39](#_Toc128986561)

[8.3.1 Yurtdışı İlaç/Malzeme Teminatı 40](#_Toc128986562)

[8.4 EK TEMİNATLAR 41](#_Toc128986563)

[8.4.1 ANNELİK DOĞUM VE HAMİLELİK RUTİN KONTROL TEMİNATI 41](#_Toc128986564)

[8.4.2 OPTİK TEMİNATI 42](#_Toc128986565)

[8.4.3 DİŞ TEDAVİ TEMİNATI 42](#_Toc128986566)

[8.4.4 PSİKİYATRİ TEMİNATI 42](#_Toc128986567)

[8.4.5 PSİKİYATRİK İLAÇ 42](#_Toc128986568)

[8.4.6 DİYETİSYEN TEMİNATI 42](#_Toc128986569)

[8.4.7 40 YAŞ ÜSTÜ MAMMOGRAFİ VE PSA 42](#_Toc128986570)

[8.4.8 DOĞAL AFETLER, DEPREM VE TERÖR 42](#_Toc128986571)

[8.4.9 SENCARD DENTAL TEMİNATI 43](#_Toc128986572)

[8.4.10 SENCARD VİDEO HEKİMLİK TEMİNATI 43](#_Toc128986573)

[8.4.11 SAĞLIKLI VE MUTLU YAŞAM TEMINATI 43](#_Toc128986574)

[8.4.12 BUPA GLOBAL TEMINATI 43](#_Toc128986575)

[8.4.13 KANSER DESTEK TEMINATI 43](#_Toc128986576)

[8.4.14 UZAKTAN SAĞLIK HİZMETİ TEMİNATI 43](#_Toc128986577)

[9 SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMA ESASLARI VE TAZMİNAT ÖDEMELERİ 44](#_Toc128986578)

[9.1 PROVİZYON VERİLEN SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMALARI 44](#_Toc128986579)

[9.2 ELDEN ÖDEMELİ SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMALARI 45](#_Toc128986580)

[9.3 TAZMİNAT İŞLEMLERİ 46](#_Toc128986581)

[10 POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ 48](#_Toc128986582)

[10.1 POLİÇENİN YENİLENMESİ 48](#_Toc128986583)

[10.2 ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ 49](#_Toc128986584)

[10.2.1 İlk Giriş ve Mevcut Sigortalılar İçin Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması 49](#_Toc128986585)

[10.2.2 Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması 49](#_Toc128986586)

[10.2.3 Grup Poliçesinden Ferdi Poliçeye Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması 51](#_Toc128986587)

[11 PRİM TESPİTİ 52](#_Toc128986588)

[11.1 SİGORTA TEMİNAT VE PRİMLERİNDE DEĞİŞİKLİK 52](#_Toc128986589)

[11.2 YAŞ HESABI 53](#_Toc128986590)

[11.3 PRİM AYARLAMASI 53](#_Toc128986591)

[11.4 PRİM ÖDEMELERİ 54](#_Toc128986592)

[12 SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI 55](#_Toc128986593)

[12.1 SİGORTALANABİLECEK KİŞİLER 55](#_Toc128986594)

[12.2 BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ 56](#_Toc128986595)

[12.3 POLİÇEYE GİRİŞ İŞLEMLERİ 57](#_Toc128986596)

[12.3.1 BUPA BEBEĞİ 60](#_Toc128986597)

[12.4 KATILIM SERTİFİKASI 61](#_Toc128986598)

[12.5 SİGORTALILARLA İLETİŞİM 62](#_Toc128986599)

[13 GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR 63](#_Toc128986600)

[13.1 Diğer Sigorta Şirketinden Geçiş 63](#_Toc128986601)

[13.2 Sigortacı Bünyesinden Geçiş 64](#_Toc128986602)

[14 SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ 64](#_Toc128986603)

[14.1 SİGORTA SÜRESİ 64](#_Toc128986604)

[14.2 SİGORTALININ POLİÇEDEN ÇIKIŞI 64](#_Toc128986605)

[14.3 POLİÇE İPTALİ 66](#_Toc128986606)

[14.4 FESİH 67](#_Toc128986607)

[15 FERAGAT 67](#_Toc128986608)

[16 DEVİR YASAĞI 68](#_Toc128986609)

[17 TARAFLARIN TEBLİGAT ADRESLERİ 68](#_Toc128986610)

[18 RÜCU 68](#_Toc128986611)

[19 SÖZLEŞME DEĞİŞİKLİKLERİ 69](#_Toc128986612)

[20 KISMİ HÜKÜMSÜZLÜK 69](#_Toc128986613)

[21 BÖLÜMLER 69](#_Toc128986614)

[22 UYGULANACAK HÜKÜMLER 69](#_Toc128986615)

[23 UYUŞMAZLIKLARIN ÇÖZÜMÜ 69](#_Toc128986616)

[24 KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI 69](#_Toc128986617)

[EK.1 Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları 73](#_Toc128986618)

[EK.2 Teminat Tablosu 87](#_Toc128986619)

[EK.3 Muvafakatname Örneği 93](#_Toc128986620)

**BUPA ACIBADEM SİGORTA A.Ş. GRUP SAĞLIK SİGORTA SÖZLEŞMESİ**

1.- TARAFLAR

1. **Bir tarafta*:***

a) “…….” adresinde yerleşik “**……**” (üst grup olup asaleten temsil edilmektedir.)

b) “……” adresinde yerleşik “**….**” (alt grup olup Yetki Belgesi ile temsil edilmektedir)

İlgili Yetki Belgesini işbu sözleşmenin yürürlük tarihi sonrasında imzalayacak olan ve işbu çerçeve sözleşme kapsamında öngörülen sigorta ürününü alan ve Sigorta Ettirenler tarafından bildirilerek Sigortacı ile mutabık kalınarak belirlenecek “Sigortalılar ve Bağımlıları” lehine “Grup Sağlık Sigorta Sözleşmesi” isteyen grup şirketleri (alt grup olup yetki belgesi ile temsil edilmektedir.)

(Bundan böyle “Sigorta Ettirenler” veya duruma göre “Sigorta Ettiren” veya “Yetkili Kılınan Sigorta Ettiren” veya “Yetki Veren Sigorta Ettiren” olarak anılacaktır.)

1. **Diğer Tarafta:**

“Piazza Ofis, Cevizli Mah. Tugay Yolu Cad. No:69A İç Kapı No:53 Maltepe / İSTANBUL” adresinde bulunan “**BUPA ACIBADEM SİGORTA A.Ş.”** (Bundan böyle “Sigortacı” olarak anılacaktır.) aşağıdaki şart ve esaslar dahilinde anlaşmış bulunmaktadır.

İşbu Grup Sağlık Sigortası Sözleşmesi (“Sözleşme”) yukarıda sayılan Taraflar arasında, aşağıdaki esas ve şartlar çerçevesinde tanzim edilmiş ve imzalanmıştır.

2.- SÖZLEŞMENİN KONUSU VE KAPSAMI

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

İşbu Sözleşme, Taraflar ve Sigorta Ettiren tarafından bildirilerek Sigortacı ile mutabık kalınarak belirlenecek “Sigortalılar ve Bağımlıları” lehine “Grup Sağlık Sigorta Sözleşmesi” isteyen grup şirketlerini kapsar. Grubun kabul ettiği Sigortacı tarafından verilen en son teklif işbu Sözleşmenin ayrılmaz bir cüzüdür.

İşbu Sözleşme, Sigortalıların poliçe süresi içerisinde hastalanmaları ve/veya kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavi için gerekli sağlık giderlerini 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu, Türk Ticaret Kanunu, Özel Sağlik Sigortalari Yönetmeliği ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile işbu sözleşme ve ekindeki Özel Şartlar/Protokol/ler çerçevesinde, istisna edilen haller ile istisna edilen haller sonucu oluşan diğer risk ve teminatlar dışında, Sözleşme/ teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet, bekleme süreleri ve sigortalı katılım payı oranları dâhilinde teminat altına almaktadır.

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

Bu Sözleşme, Sağlık Sigortası Genel Şartları hükümlerine tâbi olup, yine T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı ilgili birimleri tarafından ileride yapılacak değişiklikler bu sözleşme için de geçerli olacaktır.

3.- TANIMLAR

**Acil Durum**: Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği;

* İstisnalar ve bekleme süreli durumlar arasında yer almayan,
* Ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısı ile geciktirilmesi mümkün olmayan,
* Tıbbi veya cerrahi tedavi gerektirdiğini belirten haklı bir görüşe yol açan ve Sigortacı tarafından acil olduğuna karar verilen durumdur.

**Dünya Sağlık Örgütü Tarafından Tanımlanan Acil Durumlar:**

Şuur kaybına neden olan her türlü durum, miyokard enfarktüs, aritmi, hipertansiyon krizler, zehirlenmeler, trafik kazası, ani felçler, migren ve/veya kusma, şuur kaybıyla beraber olan baş ağrıları, astım krizi, akut solunum problemleri, 39 derece üstündeki yüksek ateş, ciddi alerji, anaflaktik tablolar, akut batın, yüksekten düşme, ciddi iş kazaları, uzuv kopması, menenjit, ensefalit, beyin apsesi, elektrik çarpması, ciddi göz yaralanmaları, kurşunlanma, bıçaklanma, kavga vb., akut psikotik tablolar, suda boğulma, donma, soğuk çarpması, ısı çarpması, ciddi yanıklar, yeni doğan komaları, diyabetik ve üremik koma, genel durum bozukluğunun eşlik ettiği diyaliz hastalığı, akut masif kanamalar, omurga ve alt extremite kırıkları, tecavüz.

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

**Aracı:** Sigortacılık mevzuatına göre sigorta sözleşmelerine aracılık yapma yetkisi bulunan kişi/ kurumları ifade eder.

**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.

Sonuç olarak azami iyi niyet; sigorta sözleşmesinden yararlanacak tüm Sigortalıların, geçmiş ve mevcut hastalıkları ve sağlık durumu ile ilgili tüm bilgileri tam ve yanılmaya yer vermeyecek şekilde, gönüllü olarak Sigortacı’ya bildirmesidir.

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

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

**Coğrafi Kapsam:** Poliçe yer alan plan ve teminatların coğrafi geçerliliğini (Tüm Dünya/Türkiye gibi) gösteren özelliktir.

**Deneysel veya Araştırma Amaçlı İşlem:** Hastalığın tanı ve tedavisindeki gereklilik;

* Etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya,
* Yerli ve yabancı otoriteler (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), tıp fakülteleri, ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı, uzmanlık dernekleri vb.) tarafından kabul görmüş olmayan,
* Tıbbi cemiyet veya otoritelerin yapılacak işlemin deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem için bir başka kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen veya
* Herhangi bir rahatsızlık olmadan araştırma, kontrol (check-up) amacıyla uygulandığına Sigortacı tarafından karar verilen tetkik ve tedavilerdir.

**Doğuştan Gelen Hastalık (Konjenital Hastalık):** Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır.

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

**Elden Ödemeli Sağlık Kurumları:** Sigortacı tarafından provizyon verilmeyen, sağlık giderlerini doğrudan sigortalıdan (elden alan) alan sağlık kurumları, eczane ve özel doktor muayenehaneleridir.

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

**Genel Şartlar:** T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı ilgili birimleri tarafından belirlenen Sağlık Sigortası Genel Şartları’dır.

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

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

**İlk Sigortalanma Tarihi:** Sigortalının özel sağlık sigortası kapsamına ilk giriş yaptığı ve Sigortacı tarafından kabul edilen ilk sigortalanma tarihini ifade eder.

**İstisna:** İşbu Sözleşme kapsamında teminat altına alınmayan durumlardır.

**Kabul Edilebilir Sağlık Gideri:** Poliçe 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.

**Kadrolu Doktor:** İlgili il Sağlık Müdürlüğü’ne Sağlık Kurumu tarafından bildirilen ve Sağlık Kurumu’nun tam zamanlı çalışanı durumunda bulunan Doktorları ifade eder.

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

**Kapsam:** Sigortacı’nın her bir teminat için belirlediği ve karşılamayı taahhüt ettiği sağlık harcamalarının tümünü ifade eder.

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

**Kazanılmış Haklar:** İlk sigortalılık tarihi, bekleme süresi (annelik ve doğum teminatı dahil), poliçeye uygulanan ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi, vb.) ve ÖBYG, Kazanılmış Hak olarak değerlendirilir.

**Limit:** Sigortacının teminat kapsamında bulunan ve işbu Sözleşme şartlarına göre ödemeyi üstlendiği maksimum, kabul edilebilir sağlık giderini ifade eder.

**Kalan Limit:** Aynı poliçe döneminde Sigortacı tarafından ödenen tedavi giderleri toplamı ile Sigortalı tarafından ödenmesi gereken sigortalı katılım payı ve muafiyet tutarlarının Limit’ten düşülmesi ile belirlenir.

**Mevcut Rahatsızlık ve/veya Hastalık:** Belirtisinin/ bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı poliçe başlangıç tarihi öncesinde ortaya çıkmış rahatsızlıklar ve/veya hastalıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen durumlardır.

**Muafiyet:** Sağlık Sigortası Genel şartları ve İşbu Sözleşme şartları gereği teminat kapsamında değerlendirilen sağlık giderlerinden Sigortalı’nın üstleneceği kısmı ifade eder. Tutar muafiyetli teminatlarda, muafiyet tutarına varsa katılım payı dahildir.

**Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) Hasta Bilgi Formu**: Sağlık Kurumlarından hizmet alınması durumunda Doktor tarafından doldurulması gereken formdur. İlgili form, Provizyon Verilen Sağlık Kurumları’nda mevcut olup, Elden Ödemeli sağlık kurumları için www.bupaacibadem.com.tr adresinden ulaşılabilir.

**Özel Şartlar:** Yukarıda tanımlanmış Sağlık Sigortası Genel Şartları dikkate alınarak, Sigortacı ve Sigorta Ettiren’in mutabakatıyla Sigortacı tarafından ilgili sigorta sözleşmenin ayrılmaz bir parçası ve tamamlayıcısı olmak üzere oluşturulan, Sigortacı ve Sigorta Ettiren’in hak ve yükümlülüklerinin belirtildiği yazılı kurallardır.

**Provizyon:** Sigortalının tedavisiyle ilgili Provizyon Verilen Sağlık Kurumu tarafından Sigortacının 7/24 provizyon merkezinden istenen ön onayı ifade etmektedir.

**Provizyon Ön Onay:** Provizyon Verilen Sağlık Kurumlarında yapılacak sağlık giderleri için;

* Teminat tablosunda belirtilen limit, katılım payı ve muafiyet doğrultusunda,
* Sigortacı ile Provizyon Verilen Sağlık Kurumu arasında yapılan sözleşme kapsamında, doğrudan Provizyon Verilen Sağlık Kurumu’na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağını gösteren ön onayı ifade etmektedir.

Sigortacının ödemeye ilişkin Provizyon Ön Onayı vermiş olması, sonradan tespit edilen beyan eksikliği ve/veya yanlış beyan nedeniyle Sigortacının haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

**Provizyon Şartlı Onay:** Sonuçlanan Provizyon Ön Onayı son onay olmakla birlikte, Sigortacı onay konusu teşhis ve tedavi işleminin yapılması sırasında/sonrasında buna ilişkin sağlık giderlerini yeniden değerlendirebilir. Sigortacı, tıbbi kayıtlar üzerinden ek değerlendirme yaparak gerek teminat gerekse ödeme bakımından farklı bir şekilde karar verebilir. Sigortacının mevcut hastalık/rahatsızlıklara ait giderleri, sigortalı lehine işlem kolaylığı sağlamak için provizyon aşamasında kabul etmiş olması, teminat ve tazminat olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. Yapılacak değerlendirme sonucunda ön onaya konu işlem ve sağlık giderinin teminat kapsamı dışında olduğuna karar verilerek, nihai onay verilmezse, tedavi giderleri Sigortalı tarafından karşılanır.

**Provizyon Rakam Onay:** Provizyon Ön Onayı verilen sağlık giderlerinin değerlendirilmesi sonucunda ödeme kararı verilmesi halinde, nihai karar doğrultusunda Provizyon Verilen Sağlık Kurumu’na Sigortacı tarafından ödeme yapılacağını gösteren onayını ifade etmektedir.

**Prim:** Sigortacının sözleşme ile sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar ve üstlendiği risk için belirlediği bedeldir.

**Poliçe Primi:** Sigorta Ettirenin ödemekle yükümlü olduğu yıllık Grup Sağlık Sigortası Poliçe ve Zeyillerin toplam primidir.

**Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlığı**: 37. haftadan erken doğan bebekler ve/veya 2.500 gr altında doğum ağırlığına sahip yeni doğan bebekler.

**Provizyon Verilen Sağlık Kurumları:** Sigortacı ve sağlık kurumu arasında yapılan bir sözleşmeyle Sigortacı tarafından provizyon verilerek onaylanan sağlık giderlerini doğrudan Sigortacı’dan almayı kabul eden sağlık kurumları, eczane ve özel doktor muayenehaneleridir.

**Referans Doktor:** İşbu sözleşme kapsamında değerlendirilecek sağlık giderlerinin tıbbi gerekliliğine dair uzman görüşü alınan ve Sigortacı tarafından belirlenen anlaşmalı doktordur.

**Risk Değerlendirme (Risk Analizi):** Sigortalı’nın geçmiş ve mevcut sağlık durumunun, Sigortalı’nın beyanı, sağlık, sigortalılık geçmişi ve gerekli görüldüğü durumlarda istenecek ek tetkik ve muayene sonuçlarının değerlendirilerek, sigorta sözleşmesinin yapılıp yapılamayacağı ya da hangi şartlarla yapılabileceğinin/yenilenebileceğinin Sigortacı tarafından belirlenmesidir.

**Risk (Hastalık) Ek Primi:** Tarife ve/veya grubun kişi başı priminden bağımsız olarak, sigortalı adayının bireysel sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda sigorta güvencesinin sağlanabilmesi için ödenmesi gereken ek primi ifade eder.

**Sağlık Gideri:** Sağlık Sigortası Genel şartları ve işbu Sözleşme Şartları’na göre teminat kapsamında olduğu tespit edilen, sigorta süresi içerisinde gerçekleşen, Sigortacı’nın Tıbbi Gereklilik koşuluna uygun olan, Doktor tarafından yazılı olarak planlanan tetkik ve/veya tedavi işlemlerine ait giderleri ifade eder.

**Sağlık Hizmet Tarifesi:** Sağlık hizmeti veren kurumlardaki tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), güncel birimleri olan Hekimlik Uygulamaları Veri tabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) vb.) TTB-HUV Tarifesi, gerçekte eski TTB’den bağımsız, ondan ayrı bir liste değildir. TTB'nin elektronik ortamda görülecek şekilde günün koşul ve beklentilerine uygun hale getirerek sunduğu yeni halidir.

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

**Sağlık Kurumu:** Sağlık Bakanlığı’nca yasal mevzuata uygun olarak çalışma ruhsatı ile faaliyet gösteren, tıbbi bakım ve tedavi hizmeti veren hastane, klinik, poliklinik, muayenehane, teşhis ve tedavi merkezleri ile eczaneleri ifade eder.

"Sağlık Kurumu" deyimi; otel, huzurevi, bakımevi, nekahathane, yetimhane ve darülacezeleri, Spa Merkezi, Spor, sağlıklı yaşam, wellness merkezleri, esas olarak uyuşturucu bağımlıları ile alkoliklerin tecrit ve tedavisi için kullanılan yerleri, sanatoryumları, kaplıcaları, sağlık hidrolarını, zayıflama merkezlerini içermez.

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

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

**Sigortalı / Sigortalılar:** Sigortalı / Sigortalılar, Poliçede ismi/ isimleri belirtilen ve sigorta sözleşmesi ile menfaatleri teminat altına alınan ve sağlık giderlerini talep hakkı bulunan kişilerdir.

* Personel

Sigorta Ettiren bünyesinde çalışan kişidir.

* Eş

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu anlamında personel ile evli olan kişiyi ifade eder.

* Çocuk

Sigortalının velayeti altındaki ve/veya hukuken bakmakla yükümlü olduğu ispatlı çocuklarıdır.

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

**Tazminat:** Sağlık Sigortası Genel şartları ve işbu Sözleşme şartları gereği teminat kapsamında değerlendirilen sağlık giderlerinin, ilgili poliçe döneminde yer alan teminat, limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak ödenen tutarıdır.

**Teminat:** Sigortacının Sağlık Sigortası Genel şartları ve işbu Sözleşme Şartları gereği, sigorta süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri için Sigortalıya verdiği güvencedir.

**Tıbbi Gereklilik:** Tetkik ve tedavi işlemlerinin bir hastalığın ve/veya rahatsızlığın tedavisi için gerekli ve etkili olması durumudur. Tetkik veya tedavinin bir Doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına Tıbbi Gereklilik koşulunun bulunduğu şeklinde yorumlanamaz. Uyuşmazlık durumlarında Tıbbi Gereklilik, Sigortacının Referans Doktoru tarafından belirlenmektedir.

**Üst Grup:** Aynı grup poliçesi kapsamında, birden fazla poliçe/Sigorta Ettiren olması durumunda, tüm poliçelerin birlikte takip edilmesini sağlayan ana şirket tanımıdır. Aynı üst grup kapsamında yer alan tüm poliçeler için aynı Sözleşme ve Özel Şartlar geçerlidir.

**Alt Grup:** Aynı üst grup altında yer alan tüm poliçeleri ifade eder.

**Her Bir Başvuru**: Sigortalının on (10) gün içinde aynı branşla ilgili tüm sağlık giderlerine yönelik yapılan işlemlerin tamamı için teminat bazlı verilen limiti ifade eder.

**İşlem Başına:** Sigortalının on (10) gün içinde aynı branşla ilgili sağlık giderlerine yönelik yapılan her bir işlem için teminat bazlı verilen limiti ifade eder.

**Reçete Başına:** Sigortalının on (10) gün içinde, aynı branşla ilgili tüm sağlık giderlerine yönelik talep edilen ilaçların tamamı için teminat bazlı verilen limiti ifade eder.

**Vaka Başına:** Her bir vaka için ödeme yapılacak toplam limiti ifade eder.

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

1. Aynı hastalığa bağlı olarak gerçekleştirilen ön muayene sonucu, şikâyet ile ilgili patolojilerin açığa çıkması veya doğrulanması amacı ile yapılan tüm işlemler aynı vaka olarak değerlendirilir. Bu işlemler şunlardır:
   1. İlk hekim muayenesi,
   2. Laboratuvar tetkikleri, Görüntüleme işlemleri (röntgene ilişkin giderler ile tomografi, MRI, Sintigrafi, Endoskopi, Odyografi ve benzeri ileri tetkik giderleri),
   3. Tanı ile ilgili branş hekimlerinin konsültasyonları ve konsültanların istediği tüm tetkikler,
   4. İlk 3 madde sonucu yapılması gereken tüm ayakta, hastanede yatarak yapılan medikal ve cerrahi tedaviler ve bunlara ilişkin oda, refakat, tıbbi malzeme, ilaç ve fizik tedavi giderleri.
2. “a” paragrafında belirtilen hastalığın analizi sırasında tesadüfi olarak ortaya çıkan komşu organ veya uzak organ/sistem patolojileri, ilk tedavi ve hastalık/sendrom bazında ilintisiz bulundukları takdirde farklı vaka olarak nitelendirilirler.
3. Ayakta Tedavilerde, aynı vaka olarak tanımlanan bir belirti, bulgu, analiz ve tedavi sonrasında bu vaka ile ilgili ek tüm işlemler on (10) günden sonra farklı bir vaka olarak ele alınır. Aynı vakaya ait ilk on (10) gün içerisinde ortaya çıkan komplikasyonlar da aynı vaka içerisinde işlem görür.
4. Aynı vaka sürecinde ek bir etkenle (anestezi, ilaç yan tesiri, iatrojeni, stress, komplikasyon) etyoloji bakımından bağımsız yeni bir vaka ortaya çıkarsa ilk vakayı ilgilendiren tetkik ve tedaviler aynı vaka kapsamında, diğerleri farklı bir vaka olarak ele alınır.

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

4.- TEMİNATLAR

Aşağıda yer alan teminat grubu veya teminatlardan birisi veya bir kısmı veya tamamı, Poliçe ve teminat tablosu üzerinde açıkça yazılması ve priminin ödenmesi karşılığında işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları’ndaki hüküm ve şartlar çerçevesinde verilir.

## 4.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU

Bu teminat grubu ile Sigortalının, ameliyat ve hastanede yatarak yapılan tedavileri için;

* Hastaneye yatış-çıkış tarihleri arasındaki doktor, ameliyathane, oda yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır) ve
* Tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığın komplikasyonlarının tedavisi için tıbbi gerekliliği bulunan tıbbi hizmetlere ait giderleri ile yoğun bakım giderleri,

İşbu Sözleşme’de tanımlı Teminat Uygulama Usül ve Esasları uyarınca karşılanır. Yatarak Tedavi Teminat Grubu aşağıdaki teminatları içermektedir.

* Ameliyat
* Hastanede Tedavi
* Suni Uzuv
* Kemoterapi
* Radyoterapi
* Diyaliz
* Kanser Tetkik
* Küçük Müdahale
* Seanslı Tedavi
* Oda-Yemek-Yoğun Bakım Teminatı
* Refakatçi Teminatı
* Acil Ulaşım
* Rehabilitasyon ve Ameliyat sonrası Fizik Tedavi Teminatı
* Kaza Sonucu Çene Cerrahisi ve Diş Tedavisi
* Hastane Dışı Tedavi
* Ameliyat Tazminat Teminatı

## 4.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNAT GRUBU

Bu teminat grubu ile, tanı işlemleri, teşhis ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, sağlık kurumlarında yapılan işlemleri kapsar. Ayakta Tedavi Teminat Grubu aşağıdaki teminatları içermektedir.

* Doktor Muayene
* İlaç
* Laboratuvar
* Görüntüleme
* Modern Teşhis
* Fizik Tedavi
* Yardımcı Tıbbi Malzeme

## 4.3. YURTDIŞI TEDAVİ TEMİNATI

Bu teminat, Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.) sınırları dışında, doksan (90) günü geçmeyen seyahatlerde gerçekleşen sağlık giderlerinin veya Türkiye’de muadili olmayan ve yurtdışından getirtilen ilaç/malzeme giderlerinin değerlendirildiği teminatı ifade eder.

## 4.4. EK TEMİNATLAR

Yatarak tedavi teminatı, ayakta tedavi teminatı ve yurtdışı tedavi teminatı dışında kalan ve poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilen diğer teminatları ifade etmektedir.

5.- BEKLEME SÜRELERİ

Sebep ve klinik seyri dikkate alınmaksızın poliçe süresi içinde ortaya çıkan ve aşağıda belirtilen durumlar (kaza tespit tutanağı beraberinde değerlendirilmek üzere trafik kazası durumları hariç), ilk sigortalanma tarihinden başlamak üzere ayakta ve yatarak tedavi teminatları için dokuz (9) aylık bekleme süresi boyunca teminat kapsamı dışındadır.

Uygulama İstisnası

Bekleme Süreleri “Bupa Bebeği” Hakkı elden eden sigortalılarda geçerli değildir.

Bekleme Süresine Tabi olan Konular:

1. Diz, omuz, kalça, dirsek, ayak bileği eklem hastalık ve lezyonlarına yönelik cerrahi girişimler (menisküs, tendon, bağlara ait patolojiler ve kondral problemler) karpal ve tarsal tunel sendromları,
2. Safra kesesi ve safra yolu hastalıkları, üriner sistem taşları, prostat hastalıkları, hidrosel, sistosel-rektosel,
3. Tüm fıtıklar, omurga cerrahisi,
4. Geniz eti, nazal polip, ventilasyon tüpü, bademcik ve sinüzit ile ilgili operasyon giderleri,
5. Varikosel, her tür varis (Yüzeysel olan varis ile ilgili giderler kapsam dışıdır.), anevrizma,
6. Anorektal hastalıklar ve pilonidal sinüs,
7. Benign (iyi huylu) tiroid bezi hastalıkları,
8. Her türlü benign kist ve kitle,
9. Benign rahim ve yumurtalık hastalıkları,
10. Glokom, katarakt, retinal deformiteler / patolojiler,
11. Hamilelik ve Doğum ile ilgili tüm giderler,
12. Kalp Kapak Hastalıkları,
13. Kronik Böbrek Yetmezliği, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH),

6.-TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Oluşma sebebi ve klinik seyri dikkate alınmaksızın aşağıda belirtilen haller ve komplikasyonları sebebiyle yapılacak sağlık giderleri teminat kapsamı dışındadır.

Belirtilen “Teminat Dışı Kalan Haller” dışında uygulamaya yeni alınan, kaldırılan veya değiştirilen tıbbi gelişmeler, teknolojik gelişmeler ile ortaya çıkan yeni tedavi yöntemleri yerine ikame alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasına bağlı olarak, Sigortacı poliçe kapsamına dahil edip etmeyeceğine yönelik “Teminat Dışı Kalan Haller” başlığı altında değişiklikler yapabilir. Yapılacak değişiklikler, Grup Sağlık Poliçesi kapsamında poliçede bulunan her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

* 1. İşbu Sözleşmede tanımlanmış olsun veya olmasın, teminat tablosunda yer almayan herhangi bir teminat kapsamına giren sağlık giderleri veya işlemler,
  2. Sigortalı olunmadan önce var olan hamilelikler, rahatsızlık ve hastalıklar ile bu hastalıkların periyodik devamlılık ve nüksleri,
  3. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformiteler ile ilgili tetkik, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

**Uygulama İstisnası:**

Bupa Bebeği hakkı elde eden sigortalılarda bu istisna maddesi geçerli değildir.

* 1. Kuvöz ve prematürite ile ilgili giderler,
  2. İki (2) yaş altı çocuklarda kordon kisti, hidrosel, göbek ve kasık fıtıkları,

**Uygulama İstisnası:**

Bupa Bebeği hakkı elde eden sigortalılarda bu istisna maddesi geçerli değildir.

* 1. Parkinson, MS, Epilepsi, Skolyoz, Kifoz, Halluks Valgus ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri,
  2. HIV virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm giderler, AIDS ve komplikasyonları,
  3. Her tür nedenle sünnet ve fimozis ile ilgili giderler,
  4. Penil protez, cinsel fonksiyon bozuklukları, peyroni, corpus cavernosum yaralanmaları, cinsiyet değiştirme ve üreme organlarıyla ilgili yapısal bozukluklar ile ilgili muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
  5. Genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar, kondiloma aküminata, HPV enfeksiyonları, genital ve anal molluscum contagiosum, sifilis, gonore,
  6. Düşük nedenlerinin araştırılması, infertilite (kısırlık) teşhis ve tedavisi, (ovülasyon takibi, infertilite tetkiki amaçlı yapıldığı belirlenen HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.) üremeye yardımcı tedavi uygulamaları ve tetkik (tüp bebek, mikroenjeksiyon, medikal ve cerrahi her tür yapay döllenme, kısırlıkla bağlantılı varikosel, her ne nedenle olursa olsun kadınlarda yumurta toplama ve saklama işlemi ile erkeklerde sperm toplama ve saklama, spermiyogram, Anti Müllerian Hormon vb. ) işlemlerine ait tüm giderler
  7. Demansiyel sendromlar (alzheimer hastalığı ve bunamalar), psikiyatrik, geriatrik hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili tüm giderler, psikiyatrik ilaçlar ve zeka testi vb. tetkikler, her ne nedenle yapılırsa yapılsın ses ve konuşma terapileri
  8. Kozmetik ve estetik amaçlı yapılan her türlü tedavi, skar, keloid, ksantelasma, skin tags, komedon tedavisi, cilt hemangiomlarına yönelik tedaviler, göz kapağı düşüklüğü (Pitozis) ve Ksantelezma tedavileri, kilo kontrol bozuklukları ile ilgili (şişmanlık veya zayıflık) tetkik ve tedavi giderleri, tıbbi endikasyon ile yapılsa dahi zayıflama ameliyatları, diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç vb. maddeler, anti-aging, deri nemlendirici ve temizleyici preparatlar, deri kuruması/yağlanması, hiperhidrozis (aşırı terleme), Stretta (Radyofrekans ablasyon) tedavisi ile ilgili giderler
  9. Organ ve kan naklinde verici giderleri, organ ücreti ve organın ulaştırılması giderleri,
  10. Şaşılık, keratokonus ve gözde kırma kusuru tedavisine yönelik operasyonlar ile multifokal göz içi lens giderleri,
  11. Hastalık, Kaza sonucu veya yanma sonucu olmadığı takdirde estetik ve rekonstrüktif cerrahi, jinekomasti tetkik ve tedavileri, meme küçültme ve büyütme ameliyatları,
  12. Genetik hastalıklar, genetik kusurlar ve genetik incelemeler,
  13. Yalancı gebelik ile ilgili her türlü gider,
  14. Alerji aşıları ve alerjik hastalıkların klasifikasyon testleri,
  15. Reçeteli İlaç Teminatı kapsamında belirtilmemiş tüm aşılar ve bu aşılarla ilgili test giderleri,
  16. Horlama, uyku apne sendromu tetkik (CPAP, Polisomnografi vb.) ve tedavi giderleri ile septum deviasyonu, konka hipertrofisi, nazal valv hastalıklarına ait cerrahi giderler,

**Uygulama İstisnası**:

Kesintisiz üç (3) yıllık sigortalılık süresini doldurmuş kişilerde Kulak Burun Boğaz Doktorları tarafından uygulanacak olan Septum Deviasyonu, Konka Hipertrofisi ve Uvuloplasti cerrahisi (Horlama kapsam dışıdır) kapsam dahilinde değerlendirilir.

* 1. Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner CT/BT Anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi), sanal anjiyo, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
  2. Kordon kanı ve kök hücre alınması, saklanması, nakli ve işlenmesi ile ilgili tüm giderler,
  3. Gelişimsel ve yapısal bozukluklar, motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler,
  4. 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 ile ilgili tüm giderler,
  5. Kaplıca ve termal merkezlerde yapılan her türlü gider, çamur banyoları, şifa kürleri, masaj, jimnastik salonları ve zayıflama merkezleriyle ilgili giderler, sağlıklı yaşam koçluğu/merkezleri, Spa, Wellness merkezleri, huzurevi, bakımevi, estetik güzellik ve lazer merkezlerinde, anti aging, diyet, zayıflama, çocuk bakımı ve işitme cihazı satan merkezlerde yapılan tüm giderler ve gıda intolerans testleri,
  6. Çocuk maması, çocuk bezleri (hastanede tedavi sürecinde kullanılan hasta altı bezi hariç), biberon, emzik vb. çocukla ilgili tüketim malzemeleri, alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, tatlandırıcı ve kozmetik ürünler, Diş Teminatı olsa dahi diş macunu, diş fırçası, diş fırçası aparatları, diş ipi, ağız suları vb.,
  7. Telefon, hasta ve refakatçi yemekleri haricindeki yiyecekler ve benzeri tüm ekstra harcamalar, suit oda farkı, Sigortacı tarafından onaylanmış Hastane Dışı Tedavi Teminatı dışındaki özel hemşire masrafları,
  8. Sigortalı’nın alkolizm ve uyuşturucu madde bağımlılığı ile ilgili her türlü giderleri, alkol zehirlenmesi, alkol ve her türlü uyuşturucu madde kullanımı sonrası olabilecek hastalık ve kazaların gerektirdiği tedavi giderleri, sigara ve türevlerinin bırakılma tedavisi ve araçlarına ait tüm giderler,
  9. Poliçede belirtilen "Doktor" ve “Sağlık Kurumu” tanımına uymayan kişi ve kurumlara ait faturalar,
  10. Bilimselliği kanıtlanmamış deneysel (experimental) ya da araştırma amaçlı yapılan işlemler, klinik çalışma fazında olan işlemler, well-being, alternatif tıp yöntemleri (akupunktur, mezoterapi, nöralterapi, osteopati vb.) ile ozon terapisi,
  11. İlaç olarak kabul edilmeyen madde ile Sağlık Bakanlığı tarafından ilaç ruhsatı verilmemiş tüm farmasotik ürünler,
  12. Hiçbir semptoma bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol amaçlı yapılan işlemler,
  13. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, tırmanma, kano, gökyüzü kayağı, paraşütle atlama, planör, delta-kanat, balon, sivil havacılık, binicilik, su sporları, dalgıçlık, rodeo, yamaç paraşütü, rafting, sokak kızağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi), profesyonel ve/veya lisanslı olarak yapılan her türlü müsabaka ve/veya antrenmanları nedeniyle oluşan hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin tüm giderler,
  14. Sigortalı’nın gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken (ehliyet alınırken verilen eğitim durumları da dahil) oluşan kazalara ait her türlü sağlık giderleri,
  15. Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
  16. Trafik kazası ve adli vaka sonucu oluşan durumlar ve diş tedavi ek teminatının olduğu durumlar hariç; diş, diş eti, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonları ile diş hekimi tarafından yazılan reçeteler kapsam dışıdır. Diş tedavi ek teminatının olduğu durumlarda dahi metal, altın veya diğer kıymetli kaplamalar kapsam dışıdır,
  17. Numaralı olsa dahi güneş gözlüğüyle ilgili giderler,
  18. Geri Ödeme Alınmayacak Kurumlarda gerçekleşen işlemler ile hekimlere ait giderler,
  19. Sigortalının hastalık sonucu çalışamaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası,
  20. Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası,
  21. Lens ve optik merkezleri ile işitme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,
  22. Ayak sağlığı ve/ya ayak bakım merkezlerinde yapılan tüm giderler ile yapılan işlemlere bağlı komplikasyonlar,
  23. Elden tazminat değerlendirmesi için gerekli evrakların ulaştırma ve tercüme bedelleri,
  24. Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan doktorun ücreti,
  25. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve/veya T.C Sağlık Bakanlığı tarafından resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina,
  26. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler ile ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan tüm giderler,
  27. Yatarak Tedavi Teminatı olan poliçelerde sigorta yılı içinde 180 günü geçen hastanede yatarak tedaviler (normal oda yatışları ve Hastane Dışı Tedaviler 1 gün, yoğun bakım yatışları 2 gün üzerinden hesaplanır) ile ilgili her türlü giderler,
  28. Hayati öneme sahip olmayan ve alternatif olabilecek tetkik ve/veya tedavi yöntemi olmasına rağmen teknolojik gelişmeler doğrultusunda yeni uygulamaya alınan tetkik ve/veya tedavi yöntemleri nedeniyle oluşan fark ücreti,
  29. Teletıp (online verilen hizmetler) kapsamında yapılan tüm giderler ile uzaktan sağlık hizmeti giderleri.

7 COĞRAFİ KAPSAM

Bu sigorta teminatları sadece, Türkiye Cumhuriyeti (T.C) sınırları içerisinde ikamet eden kişiler için, Türkiye Cumhuriyeti (T.C) ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.) sınırları içerisinde geçerlidir. Ancak, Yurtdışı Tedavi Teminatı’nın alınması halinde, iş bu poliçede tanımlı “Yurtdışı Tedavi Teminatı” kapsamı dahilinde ve teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı ile geçerlidir.

8 TEMİNAT UYGULAMA USUL VE ESASLARI



## YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU

Yapılacak tedavi ve işlemin ancak hastanede ve hastane olanaklı sağlık kurumunda yapılması şartıyla en az yirmi dört (24) saat yatış gerektiren işlemler Yatarak Tedavi olarak değerlendirilir.

Sigorta süresi içinde oluşan bir kaza veya hastalık nedeniyle hastanede yatarak tedavisi devam eden Sigortalı için teminat, poliçedeki teminat limitlerine, poliçede yer alan istisna ve muafiyetlere, bekleme sürelerine ve Poliçe Özel ve Genel Şartlarına tabi olmak koşuluyla aşağıda yer alan teminatlarda da işbu hüküm kapsamında Sigortacı tarafından karşılanır.

Sigorta süresinin sona ermesi ve poliçenin yenilenmemesi durumunda, sona erme tarihinden önce Sigortacı’ya bildirilen ve Sigortacı tarafından kabul edilen hastalık ve/veya rahatsızlıklar için, aşağıdaki şartlar altında teminat devam eder.

* Sağlık kurumunda yatışın sigorta süresi sonrasında da devam etmesi durumunda, teminat tablosu ve işbu Sözleşme’ye tabi olmak şartıyla,
* Hastanede yatarak tedavi gören sigortalı için işbu teminat, anılan yatış ve ilişkin olduğu hastalık ve/veya rahatsızlığın tedavisinin sonuna kadar devam eder,
* Ancak bu süre, hiçbir şekilde poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

Poliçe iptal edildiği veya başka bir sigorta şirketine transfer olduğu takdirde ise, iptal tarihinden sonra gerçekleşen tedaviler kapsam dışındadır.

### Ameliyat

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı doktor tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren işlemlerde; ameliyathane kirası, operatör, anestezi uzmanı ve asistan doktor ücretleri, anestezi ilaç ve sarf malzemeleri, ameliyat sırasında tıbbi gereklilik dahilinde kullanılan özellikli malzemeler (ICD, koklear implant ve vücut içi pompalar (ınsulin pompası hariç), kalp kapakçığı, ameliyata özgün konsinye malzemeler gibi), ameliyatla ilgili yatış sırasında ameliyat tanısı ile ilişkili oluşan diğer giderler ile ameliyat öncesi anestezi doktorunun istemiş olduğu rutin pre-op tetkikler (HIV testleri ve Hepatit markerleri dahil) bu teminat kapsamındadır.

Ameliyata hazırlık için yapılan rutin pre-op laboratuvar tetkikleri dışında yapılacak olan ek tetkikler, poliçede varsa Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında işleme alınır.

Hamilelik dönemi komplikasyonu olsa bile dış gebelik ve molhidatiform durumunda yapılan cerrahi girişimler ile PTCA (Percutane Transluminal Coronary Angioplasty) ve tetkik amaçlı olsa da koroner anjiyografi işlemlerine ilişkin giderler, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

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

Ameliyatın robotik yapılması durumunda robotik cerrahi ile ilgili fark giderleri, Teminat tablosunda belirtilen Robotik Cerrahi Farkı Teminatı şartları ile (limit, katılım payı, muafiyet vb.) kapsam içerisindedir.

Teminat kapsamına giren ve girmeyen ameliyatların bir arada yapılması durumunda ödenebilecek fatura tutarı ilgili ameliyatların, bu poliçede geçerli olan Sağlık Hizmet Tarifesindeki (Güncel TTB Birimleri/SUT) birimleri/değerleri doğrultusunda ağırlıklı ortalama kullanılarak hesaplanır.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda;

* “Sağlık Hizmet Tarifesi”’nde değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak işlem yapılacak teminat (Ameliyat ya da Küçük Cerrahi) belirlenir.
* Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda,
  + Fatura dökümünde yapılan her bir ameliyat için belirlenmiş özel giderler varsa ayrıştırılır,
  + Ortak giderleri içeren toplam fatura ise, bu poliçede geçerli “Sağlık Hizmet Tarifesi’ndeki birimleri/değerleri doğrultusunda ağırlıklı ortalama kullanılarak hesaplanır.
  + Teminat dışı kalan işlem için “Sağlık Hizmet Tarifesi”ne göre oranlanarak hesaplanan ve ödenmeyen kısım, hasta payı olarak belirlenir.

Teminat kapsamına giren ameliyatın “kanser” tanısı ile yapılıyor olması durumunda, teminat kapsamı dışındaki ameliyat için ödenmeyecek tutar belirleme işleminde ortak giderlerin ayrıştırılmasına yönelik ağırlıklı ortalama yapılmaz. Sadece teminat dışı ameliyata spesifik olan harcamalar sigortalı payı olacaktır.

### Hastanede Tedavi

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

* 24 saat yatış gerektirmese dahi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanan ve Poliçe Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak teminat kapsamındaki acil tıbbi durumlara ilişkin tüm sağlık giderleri,
* Sigortalanması şartı ile yeni doğan bebeğin fizyolojik sarılık tedavisi ve fototerapi ile ilgili giderleri,
* Yirmidört (24) saatten kısa sürse bile Böbrek Taşı Kırma (ESWL) ile giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### Suni Uzuv

Sigorta süresi içerisinde meydana gelen hastalık ya da kaza sonucu fonksiyon kaybına uğramış organın fonksiyonlarını yerine getirme amacıyla takılan ve estetik /kozmetik amacı taşımayan;

* Kalp pili, insulin pompası, el, kol, bacak, göz ve meme kanseri operasyonu sonrası takılan meme protezi ile testis kanseri sonrasında takılan testis protezi olmak üzere protez gideri teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak “Suni Uzuv” teminatı kapsamında değerlendirilir.
* Suni uzuv ve protezin takılması için gerçekleştirilecek olan ameliyatlara yönelik giderler ise, teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak “Ameliyat Teminatı” kapsamında değerlendirilir.
* Meme kanseri sonrasında dışarıdan alınan protez yerine, hastanın kendi dokusu kullanılarak meme ve/veya meme ucu yapılması durumunda; oluşan tüm rekonstrüktif ameliyat giderleri de, teminat tablosunda belirtilen “Ameliyat Teminatı” kapsamında değerlendirilir.

Sigorta başlangıç tarihinden önce var olan maluliyetler için kullanılacak suni uzuvlar, var olan suni uzuvların yenilenmesine ilişkin giderler teminat kapsamı dışındadır.

### Kemoterapi Teminatı

Poliçe Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak teminat kapsamında olan kanser tanısı sonrasında yapılması planlanan Kemoterapi ile ilgili tüm giderler, (doktor, oda-yemek-refakatçi, antineoplastik kemoterapi ilaçları, venöz port açılması, tedavinin hemen öncesinde yapılan kontrol testleri vb.), teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

* Kemoterapide kullanılacak olan kemoterapi ilacı giderleri, ancak FDA onayının verildiği kanser tipleri için ödenebilecektir.
* Antineoplastik olmayan ancak kemoterapi gören kişilerde destek tedavisi amaçlı uygulanan ilaçlar da bu teminat kapsamındadır.
* Hastanede yatırılarak yapılmasa dahi oral antineoplastik ilaçlar bu teminat kapsamındadır.
* Ayrıca, teminat kapsamında olan Hepatit C tanısının tedavisinde kullanılan ‘interferon alpha’ etken maddeli ilaçlar (Roferon-A ya da Intron A vb.) ve ‘peginterferon alpha’ etken maddeli ilaç (Pegasys ya da pegintron vb.) giderleri de bu teminat kapsamındadır.

### Radyoterapi Teminatı

Poliçe Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak teminat kapsamında olan kanser tanısı sonrasında yapılması planlanan radyoterapi ile ilgili tüm giderler, (oda-yemek-refakatçi, klinik onkolojik değerlendirme, radyoterapi planlama ve tasarımı, brakiterapi, hipertermi ve radyoterapi uygulanması gibi radyoterapinin hangi dozda, kaç seans ve hangi yolla radyoterapi yapılacağının belirlendiği işlemler ile ilgili giderler, teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### Diyaliz Teminatı

Poliçe Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak teminat kapsamında olan akut veya kronik böbrek yetmezliği tanısı sonrasında yapılması planlanan “hemodiyaliz veya hemofiltrasyon” işlemlerine yönelik ilgili tüm giderler (oda-yemek-refakatçi, hemodiyaliz veya hemofiltrasyon planlama ve uygulaması, hemodiyaliz veya hemofiltrasyon katateri takılması/çekilmesi, hemodiyaliz/filtrasyon hasta değerlendirmesi, katater bakımı, prediyaliz hasta eğitimi), teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan tetkikler, ilgili ayakta tedavi teminatları kapsamındadır.

### Kanser Tetkik Teminatı

Poliçe Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak teminat kapsamında olan bir kanser tanısı (patoloji raporu ile değerlendirilir) netleştikten sonra, hastalığın ve hastanın klinik seyrini değerlendirmek, tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonlarının takibi için gerekli olan muayene, laboratuvar tetkikleri, röntgen ve modern teşhis yöntemlerine yönelik giderler, yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olup olmadığına bakılmaksızın, teminat tablosunda belirtilen “Kanser Tetkik” teminat limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### Küçük Müdahale

Poliçe Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak teminat kapsamında olan durumlar nedeniyle yapılan ve Türk Tabipleri Birliği (TTB) Referans Ücret Tarifesine göre; 149 birime kadar olan ve tedavi niteliği taşıyan cerrahi ve ortopedik müdahaleler (tüm cilt kesileri için yapılan girişimler, kırık ve çıkıklara yapılan müdahaleler, alçı veya atel uygulama, yabancı cisim çıkarılması, tam lezyon çıkarılması ile (eksizyonel) yapılan biyopsi işlemleri vb.) ile TTB birimi, uygulanan anestezi çeşidi ve yatarak ya da ayakta yapılmasına bakılmaksızın aşağıdaki işlemler de (TTB birimden bağımsız), teminat tablosunda belirtilen “Küçük Müdahale” teminatı limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

* Tetkik amaçlı olsa bile böbrek, beyin, kemik iliği, karaciğer, akciğer biyopsileri ve küretaj yöntemi ile yapılan rahim içi biyopsiler ve dijital anjiografi (DSA) işlemi,
* Omurga ve disk hastalıklarına yönelik uygulanan faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon vb. ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri,
* Eklem içi (İntra artiküler), Göz içi (İntra oküler) enjeksiyonlara yönelik uygulama bedelleri ile tedavi amaçlı PRP (Platelet Rich Plasma - Trombositten Zengin Plazma) işlemine yönelik giderler, Teminat Tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak Küçük Müdahale teminatı kapsamındadır.

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

Müdahale öncesi/sonrası yapılan doktor muayeneleri ve tetkik giderleri ise teminat tablosunda belirtilen ilgili Ayakta Tedavi Teminatı (Doktor Muayene, Laboratuvar/ Görüntüleme veya Modern Teşhis) limit, muafiyet ve katılım payı ile değerlendirilir.

Aynı seansta yapılan, birden fazla müdahalenin TTB birim toplamı 149 ve daha yukarıda olsa bile, eğer içlerinde tek başına birimi 149 ve daha yukarıda olan bir müdahale yok ise bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### Seanslı Tedavi Teminatı

Poliçe Özel ve Genel Şartları gereği teminat kapsamında olan ve tedavi niteliği taşıyan ancak seanslar halinde yapılan ve hastanede yatış gerektirmeyen günübirlik tedavilere yönelik giderler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı ile değerlendirilir.

**Seans:** Sigortalının tedavi için sağlık kurumuna başvurduğu gün yapılacak olan tüm işlemleri içermektedir. Poliçe Özel ve Genel Şartlarına göre kapsam dahilinde olan hastalıklara yönelik bu teminat kapsamında değerlendirilecek işlemler aşağıdaki gibidir.

* PUVA tedavisine (Ultraviole ışınıyla deri hastalıklarının tedavisi) ilişkin giderler,
* Genel Fototerapi/Fotokemoterapi (UVA, UVB., PUVA, RePUVA, balneoterapi, darbant, vb.), seansı (Yeni doğan fizyolojik sarılık nedeni ile yapılan fototerapiler ile ilgili giderler Hastane Tedavi Teminatı kapsamındadır.)
* Varislerde pakelere sklerozan madde (köpük) enjeksiyonu (skleroterapi) ilaç dahil,
* Tetik nokta enjeksiyonları,
* Hiperbarik oksijen tedavisi,
* ESWT.

### Oda-Yemek, Yoğun Bakım Teminatı

Hastanede yatılan her tam gün için tek kişilik oda-yemek, yoğun bakım hizmetleri ve hemşirelik hizmetlerine ait giderler ile teşhis ve tedaviye yönelik tüm hizmetler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigorta sözleşmesi kapsamında teminat altına alınan sağlık giderleri için,

* Sağlık kurumlarında yatış süresi, yaşam boyu 720 gün, bir (1) yıllık sigorta süresi için ise 180 gündür.
* Normal oda yatışları bir (1) gün, yoğun bakım yatışı ise iki (2) 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.

### Refakatçi Teminatı

Yaş sınırı olmaksızın Sigortacı’nın onay verdiği hallerde, bir kişi ile sınırlı olmak şartı ile refakatçinin yatak ve yemek giderleri, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigortalının yoğun bakımda yatıyor olması durumunda refakatçiye ait giderler kapsam dışıdır.

### Acil Ulaşım

Tanımlar kısmında yapılan “Acil Durum” tanımına uyan hallerin özel ve genel şartlar gereğince kapsam dahilinde olması durumunda Sigortalı’nın, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna nakli için yapılan giderler, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigortalı’nın acil olarak nakil edildiği sağlık kurumunda tedavi olanakları kısıtlı olduğu ve/veya tedavisinin zorunlu olarak farklı bir sağlık kurumunda yapılmasının gerekli olduğu durumlarda;

* Sigortacı’dan ambulans talebinde bulunulursa, nakil için zorunlu olan; “sağlık raporu”, “hasta transfer formunda sevk uygunluğunun belgelenmesi” gibi tıbbi bilgilerin yazılı olarak Sigortacı’ya ulaştırılması gerekmektedir.
* Naklin gerçekleşeceği Sağlık Kurumundan Sigortalı’nın kabul edileceği onayı alındıktan sonra nakil gerçekleştirilebilir.

Belirtilen süreçler Sigortalı’nın nakil için sağlığının uygun olup olmadığının belirlenmesi açısından zorunlu olup, tamamlanması sırasında kaybedilen zamandan ve ambulansın geç gelmesi, ambulans hizmetindeki sağlık ekibi ve ambulans donanım nedeni ile oluşabilecek durumlardan Sigortacı sorumlu tutulamaz.

Sigortacı’nın onay vermesi kaydıyla, aşağıdaki durumlarda deniz/hava yolu ulaşım hizmeti ile ilgili giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

* Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde olan sigortalı için talep oluşmuşsa,
* Sigortalı’nın bulunduğu yerde tedavisi mümkün değilse,
* Sigortalı’nın sağlık durumu, bulunduğu yere en yakın donanımlı sağlık merkezine kara ambulansıyla taşınmasına uygun değilse.

### Rehabilitasyon ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı

Sigortalının Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında gerçekleşmiş olan tedavisi ile ilişkili olan ve yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için talep edilen fizik tedavi ve/veya rehabilitasyon giderleri;

* Sigortalının hastaneden taburcu olduğu tarihten itibaren 60 gün içinde başvurulması kaydı ile Teminat tablosunda belirtilen “Rehabilitasyon ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi teminatı” limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.
* Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge ayrı bir seans olarak değerlendirilir.
* Bu teminat kapsamında; nörolojik rehabilitasyon (serebral veya spinal travma, serebrovasküler olaylar, hemiplejiler, parkinson, multipl skleroz, nörojenik mesane, nörolojik hastalıklar sonrası ortaya çıkan spastisite, doğuştan olmayan nörolojik kas hastalıkları, spinal müsküler atrofiler, miyopatiler, müsküler distrofiler) ve ortopedik rehabilitasyon (travma ve ortopedik ameliyatlar sonrasında rehabilitasyon, implante edilen protezlerin kullanımı, kontarktürlerin açılması) işlemleri değerlendirilmektedir.

Sigortalının onaylanmış olan yatarak tedavisinin, sadece planlanan fizik tedavi veya rehabilitasyon sebebi ile uzatılması yatış nedenleri arasında başkaca yatış gerekliliği olmadığı durumlarda fizik tedavi ve rehabilitasyon dışındaki giderler karşılanmaz. Her durumda gereken fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri, teminat tablosunda belirtilen tutar/seans limiti ile sınırlıdır.

### Kaza Sonucu Çene Cerrahisi ve Diş Tedavisi

Sigorta süresi içinde gerçekleşmiş kazaların adli birimlerce oluşturulmuş adli vaka raporu ile işyerinde gerçekleşen kazalarda ise işyeri kaza tespit raporu ile belgelenmesi şartıyla kaza sonucu zedelenmiş dişlerin eski hallerini alması için;

* Diş hekimleri ve çene cerrahlarınca yapılan diş ve çeneye uygulanan her türlü tıbbi ve cerrahi müdahalelere ait giderler,
* Diş protezlerine ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### Hastane Dışı Tedavi

Sigortalının sağlık kurumlarındaki yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için;

* Sigortalı’nın sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde veya,
* Sigortacı’nın onay vermesi halinde bir tıbbi bakım merkezinde,
* Sadece tıp eğitimi görmüş personel (doktor, hemşire gibi) tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin tüm giderleri (ekipman, tıbbi malzeme, sağlık giderleri vb.) kapsar.

Hastane Dışı tedavi giderleri, sigorta süresi içinde teminat tablosunda belirtilen “Hastane Dışı Tedavi Teminatı” limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir ve bu süre, işbu Sözleşmede “Teminatların Uygulama Usül ve Esasları” maddesinde tanımlı sigorta süresi içindeki sağlık kurumunda yatış gün süresinden düşülür.

Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için;

* Sigortalı’yı tedavi eden doktor tarafından yazılan ve,
* Sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir tıp eğitimi görmüş personel eşliğinde,
* Sigortalı’nın sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde veya tıbbi bakım merkezinde sürdürülmesi gerektiğini belirten bir raporla Sigortacı’ya bildirilmesi,
* Hizmetin hastaneye yatış nedeniyle ilgili tedavinin devamını oluşturması,
* Bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin Hastane Dışı Tedavi gerçekleşmeden önce Sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

Hastane Dışı Tedavi Teminatı kapsamında ödeme yapılabilmesi için bu hizmeti veren kurumun, Sağlık Bakanlığı tarafından verilmiş çalışma ruhsatına sahip olması ve verilen hizmetin detayının görülebildiği bir fatura düzenlenmiş olması gerekmektedir.

Yaşlı bakımına ihtiyaç duyan ve/veya bakıma muhtaç kapsamındaki kişilerin günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, yatağa bağımlı olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, ağız yoluyla ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor olması, üriner kateter bulunması, evde yalnız yaşıyor olması, sosyal desteğe gereksinimi olan kronik hastalığının bulunması gibi sadece bakım ihtiyacı bulunan durumlar bu teminat kapsamına girmez.

### Ameliyat Tazminat Teminatı

Sigorta süresi içerisinde ve teminat kapsamında olan ameliyat giderlerinin, Sigortacı’dan talep edilmemesi ve yapılan ameliyatın doktor raporları ile belgelenmesi halinde Sigortalı’ya ilgili ameliyatın SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) bedeli, Teminat Tablosu’nda belirtilen Ameliyat Tazminat Teminatı üst limiti ile ödenir.

* Seçilen planda tazminata konu işlem için limit varsa, ödenecek “Ameliyat Tazminat Teminatı” bu limiti aşmayacaktır.
* Benzer şekilde, yıllık toplam muafiyet varsa ödeme, muafiyet tutarı düşülerek yapılacaktır.
* Bu teminatın kullanılması halinde aynı ameliyat ile ilgili olarak ikinci bir tazminat ödemesi yapılmayacaktır.

## AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Teşhis ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, Sağlık Kurumları’nda yapılan doktor muayene, ilaç, yardımcı tıbbi malzeme, görüntüleme ve laboratuvar işlemleri ile fizik tedavi giderleri bu teminat kapsamında, Teminat Tablosunda belirtilen limit, katılım payı ve/veya muafiyet tutarı dikkate alınarak ödenir.

Sağlık kurumunda yatış süresi 24 saati aşmayan ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanan acil tıbbi durumlar arasında yer almayan tüm sağlık giderleri ile tetkik amaçlı yatışlar bu teminat kapsamında karşılanır.

### Doktor Muayene

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı diploma sahibi tıp doktoru tarafından yapılan muayenelere ilişkin giderler, T.C Sağlık Bakanlığınca çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlar tarafından belgelenmesi kaydıyla Teminat Tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak veya cerrahi uygulama sonrasında aynı doktorun kontrol süresi içinde yaptığı muayenelere ilişkin giderler, teminat kapsamı dışındadır. Kontrol süresi için, Sigortalının sahip olduğu sigortada geçerli olan Sağlık Hizmet Tarifesinde (Güncel TTB Hizmet Tarifesi veya Güncel SUT Hizmet Tarifesi) belirtilen kontrol süreleri dikkate alınacaktır.

Rutin jinekolojik muayeneler, göz muayeneleri, sıfır (0) ile iki (2) yaş arası çocukların rutin kontrolleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigortacı’nın özel anlaşma yaptığı muayenehanelerde yapılan Doktor Muayene giderleri, teminat limiti kapsamında Sigortalı katılım payı uygulanmadan ödenir.

### İlaç Teminatı

T.C Sağlık Bakanlığı tarafından ilaç ruhsatı ile ruhsatlandırılmış olan farmasötik ürünler ve Poliçe Özel Şartları gereği teminat kapsamı içinde olan aşılar; Teminat Tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

#### Reçeteli İlaç Teminatı

* Teminat kapsamında olan ilaç ve aşıların T.C Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı diploma sahibi Doktorlar tarafından reçete edilmesi,
* Doktor reçetesi, ilaç küpürü veya İlaç Takip Sistemi (İTS) çıktısı ve kasa fişi veya fatura ile belgelenmiş olması gerekir.
* Her reçetede en fazla bir (1) aylık doza tekabül eden ilaç giderleri karşılanacaktır. Ancak teminat kapsamında olan kronik hastalıklarla ilişkin ilaçlar, ilgili ilaçların sürekli kullanılma neden ve gerekçesini belirten doktor raporu ve üzerinde sürekli kullanılacağı belirtilen ilaçlara ait reçete fotokopisinin Sigortacı’ya iletilmesi halinde, poliçe dönemine denk gelen rapor süresi boyunca karşılanacaktır.
* Doktor muayenesi sonrası düzenlenen reçetelerde, doktorun veya sağlık kuruluşunun yasal olarak bulundurması zorunlu olan ‘Hasta Kayıt Defteri’ndeki protokol numarası ve Sigortalı’ya konulan teşhisin yazılı olması, ayrıca doktorun diploma numarası ve uzmanlık dalını gösteren kaşesinin ve imzasının bulunması gerekmektedir. Bu formata uymayan reçeteler kabul edilmeyecektir.
* Reçetenin yazıldığı tarihten itibaren en geç on beş (15) gün içinde ilaçlar alınmalıdır. On beş (15) günlük sürenin aşılması durumunda reçete geçersiz sayılacak ve işlem yapılmayacaktır.
* Reçetede belirtilen ilaç dozu dikkate alınarak yapılan hesaplamaya göre ilacın kullanım süresi dolmadan aynı etken maddeli ilaç talepleri kabul edilmeyecektir.
* Tedavi amaçlı olarak kullanılan doğum kontrol hapları ile ilgili giderler ve İşyeri hekimi tarafından yazılan reçeteler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.
* Reçete edilecek ilaçların uygulanması için yapılan her türlü enjeksiyon (İntramüsküler, İntravenöz, Subcutan enjeksiyon bedelleri) de bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir.
* Ayrıca aşağıda belirtilen aşılar, “İlaç” teminatı kapsamında poliçede belirtilen teminat dahilinde karşılanır;
* Çocukluk çağı rutin aşıları;
  1. yaş için 3 doz Rotavirüs,
  2. yaş için 2 doz, 3-11 yaş için 1 doz Meningokok,
  3. yaş için 2 doz Hepatit A,

0-6 yaş için 4’er doz Polio, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Haemophilus İnfluenza B, 3 doz Hepatit B, 2’şer doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, 1’er doz Su Çiçeği, BCG (Verem),

0-9 yaş için 4 doz Pnömokok, yılda 2 doz Grip aşısı olarak belirlenmiştir

* Yetişkinler dahil Kuduz ve Tetanoz aşıları da her yaş grubu için kapsam dahilindedir.
* Toplu aşı organizasyonları sadece “Sigortacı”nın onay vereceği grip aşıları için geçerlidir.

#### SGK İlaç Farkı Teminatı

Poliçe Özel ve Genel Şartları gereği teminat kapsamında olan ilaçların Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamındaki Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile alınması durumunda sadece SGK tarafından ödenmeyen ilaç farklarına yönelik faturalar bu teminat kapsamında değerlendirilir.

* “Reçeteli İlaç Teminatı” kapsamındaki gereklilikler SGK İlaç Farkı Teminatı için de geçerlidir.
* SGK kullanıldığını ve SGK farkını gösteren Medula çıktısının iletilmesi gerekmektedir.

#### Reçetesiz İlaç Teminatı

Reçeteli İlaç teminatı kapsamındaki ilaçlar için reçete şartı olmadan eczaneden alınabilecek ilaçlar bu teminat limit, muafiyet ve katılım payı kapsamında değerlendirilir.

### Laboratuvar

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

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

Rutin smear testleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### Görüntüleme

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

Radyolojik tetkiklere (TTB Referans Ücret Tarifesi’nde direkt radyolojik incelemeler konu başlığı altında geçen tetkikler) ilişkin giderler, söz konusu tetkiklerin ilgili uzman tarafından yapılması halinde ödenir. Radyoloji uzmanlığına sahip olmayan bir doktorun muayene sırasında kendisinin yaptığı radyolojik tetkiklere ilişkin giderler ödenmez.

### Modern Teşhis

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

**Modern teşhis teminatından ödenecek işlemlerden bazıları bilgi amacıyla aşağıda belirtilmiştir:**

* Tomografi, MR, anjiyografi, endoskopik tetkikler, tetkik amaçlı (insizyonel) biyopsiler, sintigrafi ile bu işlemler esnasında kullanılan kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler
* Tanıya yönelik girişimsel tetkikler ile endoskopik tetkikler (Diagnostik artroskopi, diagnostik laparoskopi, kolonoskopi, gastroskopi, sistoskopi, bronkoskopi, mediastinoskopi, biyopsi, USG eşliğinde biyopsi, anjiografi (koroner anjiyo hariç), MR eşliğinde anjiografi

### Fizik Tedavi

Hastalığın tedavisi için tıbben gerekli görülen fizik tedavi ve kayropraktik tedavi giderleri, tedavinin ayakta ya da yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamında değerlendirilir. Fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek, tedavi öncesi Sigortacı tarafından onaylanması koşulu ile teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı dahilinde bu teminat kapsamında karşılanır.

* Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge bir (1) seans olarak değerlendirilir.
* Fizik tedavinin sağlık kurumunda yatarak yapılması halinde, fizik tedavi giderleri dışında faturalandırılan oda, yemek, refakatçi, doktor takibi vb. giderler ödenmez.

### Yardımcı Tıbbi Malzeme

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

## YURTDIŞI TEDAVİ TEMİNATI

İşbu sigorta teminatları, kesintisiz olarak Türkiye’de ikamet eden kişiler için sadece Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.) sınırları içinde geçerlidir. Ancak, Yurtdışı Tedavi Teminatı alınması halinde aşağıdaki koşulların sağlanması durumunda teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı ile Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.) sınırları dışında da geçerlidir.

* Yurtdışı tedavi Teminatı, Sigortalının tazminat talebine konu olan sağlık giderinin olay tarihinden geriye dönük son 1 yıl içinde Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.) sınırları dışında diğer ülkelerde bulunduğu toplam sürenin 90 günü geçmemesi şartı ile geçerlidir.
* Bu sürenin belirlenmesi için, kişinin pasaportundaki giriş-çıkış tarihleri dikkate alınır. İhtiyaç olması halinde, E-Devlet te yer alan “Yurda giriş-çıkış belge sorgulama” alanındaki kayıtlar da talep edilebilir.
* Sigortalı yurtdışındaki sağlık giderlerini öncelikle kendisi ödemeli ve ilgili sağlık giderlerinin ödendiğine yönelik “ödendi” belgesini iletmelidir. Ödemeyi kredi kartıyla yapmış ise, kredi kartından ödendiğini gösteren kredi kartı slibini ya da hesap özetini Sigortacı’ya göndermek zorundadır.
* Yurtdışında yapılan tedavi giderlerine ait tüm belgeler, İngilizce dışında bir dilde ise, yeminli tercüman tarafından yapılmış Türkçe tercümeleriyle beraber gönderilmesi gerekmektedir.

### Yurtdışı İlaç/Malzeme Teminatı

1. Sigortalının Yurtdışında gerçekleşen tedavilerinde tıbbi gereklilik şartı ile kullanılmış olan ilaç, ve/veya tüm tıbbi malzemeler ile,
2. Sigortalı Yurtdışına çıkmasa bile aşağıdaki koşulların tamamının aynı anda sağlanması şartı ile yurtdışından getirtilen ilaç (kemoterapi ilaçları dahil) veya malzemeler bu teminat kapsamındadır.
   * + Tedavi için hayati önem taşıması ve Türkiye’de muadil ilacın bulunmaması,
     + İlaç veya malzemenin Sigortalı’nın almış olduğu tanısına yönelik U.S. Food and Drug Administration (FDA) onayının olması,
     + Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında geri ödeme yapılabilecek ilaçlar listesinde olması,
     + Türkiye’ye yasal yollarla getirilmesi (Türk Eczacılar Birliği aracılığı ile).

Sigortalının yurtdışı tedavi giderlerine ilişkin tazminat ödemelerinde, fatura tarihindeki TCMB efektif satış kuru dikkate alınır ve Teminat Tablosunda belirtilen limitler dahilinde TL olarak ödenir.

## EK TEMİNATLAR

### ANNELİK DOĞUM VE HAMİLELİK RUTİN KONTROL TEMİNATI

Doğumun sonlandırılması işlemi için yapılan Tıbbi gereklilik halinde tıbbi tahliye, normal doğum veya sezaryen işlemlerine ait doktor ve hastane giderleri “Annelik Doğum Teminatı”, Hamileliği ilgilendiren rutin muayene ve rutin tetkikler “Annelik Rutin Kontrol Teminatı” kapsamında değerlendirilir.

Yurtdışında gerçekleşen doğum ile ilgili giderler, poliçede yurtdışı tedavi teminatının olması şartı ile, Yurtiçi Elden Ödemeli Kurumlarda geçerli olan “Annelik Doğum Teminatı” limit, muafiyet ve katılım payları dikkate alınarak işleme alınır.

Doktorun uygun gördüğü doğum kontrol yöntemleri (vazektomi, tüp ligasyonu ve rahim içi araç uygulaması), teminat tablosunda belirtilen “Annelik (Aile Planlaması) Teminatı” limit, muafiyet ve katılım payı kapsamında değerlendirilir.

Bu teminat sadece “Kadın” sigortalılar için geçerlidir

#### Hamilelik ve Doğum Komplikasyon Teminatı

Hamileliğin sonlandırılması için yapılan tıbbi tahliye, doğum ve sezaryen işlemlerine bağlı komplikasyonlar nedeniyle oluşan tüm giderler ile aşağıda belirtilen durumlar, teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve sigortalı katılım payı dikkate alınarak “Hamilelik ve Doğum Komplikasyonları Teminatı” kapsamında değerlendirilir.

* Hamilelik rutin muayene ve rutin tetkikleri dışında özel takip gerektiren durumlar ve işlemler (çogul gebelik, riskli gebelik vb.),
* Hamilelik ile ilgili olan genetik testler ve rutin hamilelik tetkikleri dışındaki prenetal tetkikler (Amniosentez, Nifty, Harmony test vb.)
* Hamileliğin sebep olduğu her türlü komplikasyonlar (Hipermezis, preeklampsi vb.)
* Loğusalıkla ilgili giderler, doğum ve sezeryana ait her türlü komplikasyon

### OPTİK TEMİNATI

Göz Hekimi tarafından yapılan muayene sonucunda reçete edilen numaralı gözlük çerçeveleri, camları ve numaralı lens ve lens solüsyonlarıyla ilgili giderler, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### DİŞ TEDAVİ TEMİNATI

Diş Hekimi muayeneleri ve muayene sonucunda diş hekiminin yazdığı tedavi reçeteleri, panoramik grafi vb. görüntülemeler, her türlü diş dolgusu, kanal tedavisi, tedavi niteliği taşıyan diş kaplamaları, diş çekimi, operasyonlu diş çekimi, köprü, implant, diş teli (ortodonti), gece plağı, detertraj, diş eti tedavileri, flor uygulama, fissür örtücüler vb. tedavi işlemleriyle ilgili giderler, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### PSİKİYATRİ TEMİNATI

Psikiyatr, Psikolog muayene hizmetleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### PSİKİYATRİK İLAÇ

Psikiyatr tarafından yazılan ilaçlar bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### DİYETİSYEN TEMİNATI

Diyetisyen tarafından yapılan muayene, VKI ölçümü bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### 40 YAŞ ÜSTÜ MAMMOGRAFİ VE PSA

40 yaş ve üstü sigortalı bayanların yılda bir kez Mammografi, 40 yaş ve üstü sigortalı erkeklerin ise, PSA (Prostat Spesifik Antijen) tetkiki, Sigortacı tarafından belirlenen sağlık kurumlarında yaptırmaları ve provizyon alınması şartı ile teminat tablosunda belirtilen limit ve sigortalı katılım payı dahilinde yılda bir (1) kez karşılanacaktır.

### DOĞAL AFETLER, DEPREM VE TERÖR

Doğal afetler, deprem ve terör ile ilgili sağlık giderleri Teminat Tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı kapsamında karşılanacaktır.

### SENCARD DENTAL TEMİNATI

Sigorta şirketi tarafından belirlenen kurumlarda, teminat tablosunda belirtilen diş paketi ile ilgili giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### SENCARD VİDEO HEKİMLİK TEMİNATI

senCard Sağlıklı Yaşam Merkezi tarafından sunulan, dijital sağlık danışmanlık uygulaması teminat tablosunda belirtilen şartlar ile (limit, katılım payı, muafiyet vb.) bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### SAĞLIKLI VE MUTLU YAŞAM TEMINATI

senCard Sağlıklı Yaşam Merkezi tarafından sunulan, sağlıklı ve mutlu yaşamı destekleyen uygulamalar teminat tablosunda belirtilen şartlar ile (limit, katılım payı, muafiyet vb.) bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### BUPA GLOBAL TEMINATI

Teminat kapsamında olan işlemler için Bupa ilişkili hastaneler kullanılır ise, ilgili giderler teminat tablosunda belirtilen şartlar ile (limit, katılım payı, muafiyet vb.) bu teminat kapsamında değerlendirilir.

### KANSER DESTEK TEMINATI

Kanser hastası sigortalıları ve yakınlarını sosyal-psikolojik-fiziksel açıdan destekleyerek Kanser hastalığının kolay bir şekilde aşılmasına yardımcı olacak fark yaratan uygulamalar bu teminat kapsamında değerlendirilir. Bu teminat; Poliçe Özel ve Genel Şartları doğrultusunda teminat kapsamında olan kanser ile ilgili, Grup Sağlık Sigortası Özel Şartlarında belirtilmiş olan içerik ve teminat tablosunda belirtilen şartlar ile geçelidir.

### UZAKTAN SAĞLIK HİZMETİ TEMİNATI

T.C. Sağlık Bakanlığı’nın “Uzaktan Sağlık Hizmeti” tanımına uyan hizmetler Sigortacının belirlemiş olduğu sağlık kurumlarında, teminat tablosunda belirtilen şartlar ile (limit, katılım payı, muafiyet vb.) bu teminat kapsamında değerlendirilir.

# SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMA ESASLARI VE TAZMİNAT ÖDEMELERİ

## PROVİZYON VERİLEN SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMALARI

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

Seçilen Sağlık Kurumu’nun, Provizyon Verilen 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 dair hizmetlerden kaynaklanan zarar ve ziyan için hiçbir halde Sigortacı’nın sorumluluğu bulunmaz.

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

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

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

Sigortalı, Provizyon Verilen Sağlık Kurumu’nda Sigortalı olduğunu belirtmek, kimlik numarasının yazılı olduğu resimli kimlik belgesini ibraz etmek ve teminat tablosunda belirtilen katılım payı, muafiyet tutarı ve limit üzerinde kalan tutarı ödemekle yükümlüdür.

Provizyon Verilen Sağlık Kurumu’nda Kadrolu Doktor olmayan doktorların yapacakları tüm teşhis ve tedavi işlemleri için ödenecek ücret, Provizyon Verilen Sağlık Kurumu’nun Sigortacı ile sözleşmesi gereği Kadrolu Doktoru’na ödenecek tutar kadar ve her durumda TTB Referans Tarifesi ile sınırlıdır. Kadrolu Doktor olmayan doktorların yapacakları tüm tetkik ve tedavi işlemleri için ödenecek ücret, Sigortacı’nın ödeyeceği tutardan fazla olursa aradaki fark Sigortalı tarafından ödenir.

Sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında gerçekleştirdiği yatarak tedavi işlemlerinde ortaya çıkabilecek SGK fark tutarı, işbu Sözleşme ve Genel Şartları doğrultusunda değerlendirilerek poliçedeki limitler ve katılım payı dahilinde fatura karşılığında ödenir. SGK kapsamında gerçekleştirilen ilaç alımlarında da katılım payı hariç olmak üzere sadece SGK fark tutarı (SGK katılım payı sigorta konusu yapılamaz) Poliçe Özel ve Genel Şartları doğrultusunda ilgili teminat dahilinde ödenir.

## ELDEN ÖDEMELİ SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMALARI

Elden Ödemeli Sağlık Kurumu olarak tanımlanan kişi ve kurumlarda tedavi yapılması halinde, sağlık giderleri öncelikle Sigortalı tarafından ödenir.

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

Sigortalı’nın Elden Ödemeli Sağlık Kurumu’na başvuru nedeni, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen acil bir durum ise, ilgili sağlık giderleri Provizyon Verilen Sağlık Kurumları’nda geçerli olan limit, Sigortalı katılım payı ve muafiyet oranında değerlendirilir.

Sigortalı’nın T.C. Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastaneleri ve devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen tüm işlemlerine ait yapmış olduğu sağlık giderlerinin karşılanması ise Provizyon Verilen Sağlık Kurumları’nda geçerli olan limit, Sigortalı katılım payı ve muafiyet oranında yapılacaktır.

Sigortalılar, Elden Ödemeli Kurumlarda ya da Provizyon Verilen Kurum olsa dahi sigortalının öncelikle kendisinin ödediği sağlık hizmetlerine yönelik gerekli tüm bilgi ve belgeleri Sigortacı’nın adresine posta yolu ile ya da Sigortacının yönlendirdiği online platformlar üzerinden Sigortacı’ya ulaştırmalıdır.

## TAZMİNAT İŞLEMLERİ

Elden Ödemeli Sağlık Kurumları’nda gerçekleşen sağlık giderlerinin değerlendirilebilmesi için, aşağıda belirtilen belgelerin kırk beş (45) gün içerisinde Sigortacı’ya ulaştırılması gerekmektedir:

1. Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor ve/veya tedavi görülen sağlık kurumu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
2. Tüm giderlerin fatura asılları ve (işlem bazlı) ayrıntılı fatura dökümleri,
3. Hastanede yatarak veya yatmadan yapılan ameliyatlı veya ameliyatsız tedavi ve müdahalelerde, epikriz/anamnez raporu/ameliyat raporu, patoloji raporu,
4. Rahatsızlığın teşhis/takibine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
5. Reçetenin aslı, ilaç kupürleri ya da ilaç takip sistemi çıktısı ve eczaneden alınan kasa fişi veya fatura,
6. Sinüzit ameliyatlarından önce Sigortalı’ya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,
7. Fizik tedavi giderlerinde, varsa tedavi gerekliliğini gösteren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.) ve ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü),
8. Her türlü adli olaylarda (trafik kazası dahil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),
9. Kaza sonucu meydana gelen diş rahatsızlıklarına ait tedavi giderlerinin ödenebilmesi için, adli birimlerce oluşturulmuş adli vaka raporu ile işyerinde gerçekleşen kazalarda ise işyeri kaza tespit raporu ve dişlerin hasar gördüğüne dair doktor raporu ile olay tarihinde çekilmiş diş grafilerinin, fatura ile birlikte Sigortacı’ya gönderilmesi gerekmektedir.
10. Tedavi yurtdışında gerçekleşmiş ise;

* Yurtdışında yapılan tedavilere ait doktor raporları ve yapılan tetkiklere ait sonuçların Türkçe tercümeleri (İngilizce dışındaki dillerde olan belgeler için), ayrıntılı fatura dökümü, fatura ve ödendi belgesi,
* Sigortalı’nın pasaportunun Türkiye gümrüğünden çıkış ve giriş çıkış tarihlerini gösteren sayfaları ile ihtiyaç olması halinde, E-Devlet’te yer alan “Yurda giriş-çıkış belge sorgulama” alanındaki kayıtları

1. Diş tedavilerinde diş grafisi,
2. Gözlük ve Lens faturalarında, gözlük reçetesi, gözlük model numarasının yazılı olduğu garanti belgesi kopyası.
3. Sigortalı’nın sigorta süresi içinde vefat etmesi durumunda tedavi süresi içerisinde oluşan sonradan ödemeye konu olacak sağlık giderleri, poliçenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde tazminat talebi için gereken belgelerin tamamlanması ve veraset ilamı ile belgelenmesi şartıyla kanuni varislerine ödenir.

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

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

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

Elden Ödemeli Sağlık Kurumlarında yapılan giderlerde tazminat ödemeleri, Sigortalı tarafından bildirilen banka hesabına, tazminat değerlendirmesi için gerekli tüm bilgi ve belgelerin Sigortacı’ya ulaştığı tarihten itibaren en geç 5 (beş) iş günü içinde yapılacaktır. Bu hesabın artık kullanılmaması veya tazminat ödemesinin başka bir hesap numarasına yapılmasının istenmesi halinde, yeni hesap numarasının, Sigortacı’ya yazılı olarak bildirilmesi gerekmektedir.

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

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

# POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

## POLİÇENİN YENİLENMESİ

Sigorta süresinin bitiminden önce Sigorta Ettiren ve Sigortacı’nın karşılıklı anlaşması ile önceki poliçenin bitiş tarihinden itibaren geçerli yeni sözleşme (poliçe) akdedilebilir. Sigortacı, ilgili mevzuat kapsamında yenileme poliçesi kapsamında işbu Grup Sağlık Sigortası Sözleşmesinde ve primlerinde değişiklik yapabilir, Sigortalılara tıbbi risk değerlendirmesi yaparak hastalık istisna veya risk ek primi, kullanıma bağlı ek prim uygulayabilir, geçerli provizyon verilen kurum ağı, teminat limitleri, sigortalı katılım payları ve yıllık kullanım adetlerinde değişiklik yapabilir. Bu değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

## ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

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

### İlk Giriş ve Mevcut Sigortalılar İçin Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması

Sigortacı tarafından Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) verilmemiş olan Sigortalılara; Sigortalı’nın, ellialtı (56) (hariç) yaşından önce ilk defa sigortaya girmiş olması, kesintisiz üç (3) yıl sigortalı olması ve bu süre içerisinde “Azami İyi Niyet Prensibi” ilkesine uygun davranması halinde, Sigortacı tarafından yapılacak teknik değerlendirme sonucuna göre ilgili Grup Sağlık Sigorta Sözleşmesi kapsamında ÖBYG verilir.

Kesintisiz üç (3) yıllık sigortalılık süresinin hesaplanmasında Bupa Acıbadem Sigorta'daki poliçe başlangıç tarihinden itibaren geriye dönük üç (3) yıl dikkate alınır ve ÖBYG veriliş tarihi Sigortacı’daki poliçe başlangıç tarihinden önce olamaz.

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

### Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması

#### Toplu Grup Geçişi

Aksi kararlaştırılmadıkça, önceki sigorta şirketinde bu grup sözleşmesi kapsamında sigortalanmış tüm kişi ve varsa bağımlılarının, Sigortacı bünyesindeki poliçe başlangıç tarihi itibarıyla otuz (30) gün içerisinde bildirilmesi koşulu ile diğer sigorta şirketindeki kazanılmış hakları (sigortalılık süresi, muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi, vb.) ve ÖBYG hakkı korunacaktır.

#### Ara Dönem Sigortalı Geçişi

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

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

Eğer kazanılmış bir ÖBYG hakkı yok ise “İlk Giriş ve Mevcut Sigortalılar İçin Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması” maddesi uygulanacaktır.

### Grup Poliçesinden Ferdi Poliçeye Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması

Grup sözleşmesi kapsamında verilen ÖBYG hakkının, ferdi poliçeye geçiş sırasında geçerli olabilmesi için, Sigorta Ettiren bünyesinden emekli olma, iş akdinin sonlanması, boşanma, yaş nedeni ile poliçeden zorunlu ayrılma sonucu poliçeden çıkış ya da Sigorta Ettiren’in hiçbir sigorta şirketinden sağlık poliçesi yaptırmama kararı alması sonrasında poliçelerinin iptal edildiği tarihten itibaren en geç otuz (30) gün içerisinde başvurulması gerekmektedir. Bu durumdaki Sigortalı’nın Grup Sağlık Sigortası kapsamında bulunan tüm bağımlılarıyla birlikte ve gruptaki sağlık teminatları itibarıyla muadil ve / veya alt teminatları içeren bir ürüne geçmesi esastır. Bu geçişlerde, hamilelik ve doğum teminatı için kazanılmış hakları dikkate alınmayacaktır.

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

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

Grup poliçesinde isteğe bağlı bağımlı statüsünde sigortalı olan kişilerin ve Emekli olup grup poliçesinde devam eden sigortalıların grup poliçesinde kazanılmış bir ÖBYG hakkı olsa dahi, isteğe bağlı bireysel poliçeye geçiş yapılması durumunda sigortalının tüm sağlık riskleri dikkate alınarak yeniden risk değerlendirmesi yapılacaktır.

Sigortacı’nın ÖBYG verdiği Sigortalılarına sunduğu bireysel sağlık poliçesi, poliçenin yürürlükte olduğu dönemdeki (tüm portföyü için geçerli olan) bireysel Özel Şartlara tabidir.

# PRİM TESPİTİ

## SİGORTA TEMİNAT VE PRİMLERİNDE DEĞİŞİKLİK

Sözleşme’de, Özel Şartlar’ında, teminatlarında ve primlerde Sigortacı tarafından değişiklik yapılabilir. Bu değişiklikler her bir Sigortalı için poliçenin bir sonraki yenileme tarihinden itibaren geçerli olur. Ancak bu poliçenin yürürlükte olduğu dönemde Sigortacı/Sigorta Ettiren’den hehangi birinin herhangi bir değişiklik talebinde bulunması ve tarafların mutabakata varması halinde, yapılan değişiklikler belirlenen değişiklik tarihinden itibaren geçerli olacak ek protokol ile uygulamaya alınır.

Grup sağlık sigortasındaki kişi başı hesaplanan yıllık primler standart olup kazanılmış haklara (önceki poliçesinden devir alınan haklar) istinaden ya da sağlık riski nedeni ile risk ek primi uygulanan kişilerde yazılan primde değişiklikler olabilecektir.

Grup Sağlık Sigortasındaki kişi başı primler;

* Grup Sağlık Sigortası Sözleşmesi’nin yürürlükte bulunduğu sürece Türk Tabipler Birliği (TTB) işlem birim ve katsayıları ve/veya Sağlık Uygulama Tebliği’nin (SUT) police başlangıç tarihindeki güncel listelerinde içinde bulunduğumuz yıl ve Grup Sağlık Sigortası Sözleşmenizin vade tarihi bir sonraki takvim yılına sarkıyorsa ilgili yıl için değişmeyeceği varsayımı ile hazırlanmıştır.
* TTB veya Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından teklif sürecinde veya poliçe geçerlilik süresi içinde sonraki herhangi bir zamanda, teklifte kullanılmış olan bu varsayımların üzerinde bir maliyet artışına sebep olacak bir düzenlemeye karar verilmesi durumunda; Söz konusu fiyat değişimlerinin etkisi, bu fiyatların geçerli olacağı poliçe döneminize isabet eden süre dikkate alınarak gün esaslı olarak hesaplanacak ve poliçenin ödeme vadesi ile tutarlı olarak fark zeyili düzenlemek suretiyle poliçe primlerine yansıtılacaktır.

## YAŞ HESABI

Sigortalı giriş tarihinde sigortalının yaşı; (giriş tarihi – doğum tarihi)/365) olarak hesaplanır ve doldurulmuş yaş üzerinden işlem yapılır. Yaş hesabı poliçe başlangıç tarihinde yapılır, ara dönemde işlem yapılmaz.

## PRİM AYARLAMASI

1. Prim ayarlaması hesaplaması poliçe bitiş tarihini takip eden kırk beşinci (45.) günün sonunda yapılır. Poliçe bitiş tarihindeki Tazminat/Prim oranının %65’i geçmemesi halinde Sigorta Ettiren lehine poliçe prim bedelinden indirim yapılacaktır.
2. T /P oranı (Toplam Tazminat Tutarı / Toplam Brüt Prim Tutarı) ve uygulanacak indirim tutarı aşağıdaki formüllere göre hesaplanacaktır:

T/P Oranı: “Toplam Tazminat Tutarı/ Toplam Brüt Prim Tutarı”

İndirim Tutarı: “(Toplam Brüt Prim Tutarı- Toplam Tazminat Tutarı) \* İndirim Tutarı Oranı”

T/P oranına bağlı olarak uygulanacak indirim oranları da aşağıda belirtilmiştir.

|  |  |
| --- | --- |
| **Biten Poliçenin T/P Oranı** | **İndirim Tutarı** **Oranı** |
| %0-%49,99 | 20% |
| %50-%65 | 10% |

1. Aynı grup kapsamında (üst grup) birden fazla poliçe (alt grup) olması durumunda, grubun Tazminat/Prim oranı ve grup için ödenecek olası prim bedelinden indirim yapılacak tutar, tüm alt grupların toplam Tazminat ve Prim Tutarları üzerinden tek seferde bir bütün olarak hesaplanacaktır. Aynı üst gruba dahil alt gruplarla ayrı ayrı sözleşme imzalanmış olsa dahi bu hesaplama bir bütün olarak yapılacaktır.
2. Prim ayarlaması poliçenin yenilenmesi koşuluyla yapılır ve hesaplamaya konu olan poliçe dönemine tahakkuk ettirilir.

## PRİM ÖDEMELERİ

Sözleşme dönemi için geçerli olan kişi başı prim tutarı ile işbu Sözleşme kapsamına dahil edilen tüm sigortalılar için geçerli olan toplam prim tutarı (Sigorta Ettiren açısından toplam prim borcu), Sağlık Sigortası Teknik Esasları uyarınca Sigortacı tarafından yapılan hesaplamalar akabinde direkt veya dolaylı olarak yapılan görüşmeler sonucu Sigorta Ettiren ile mutabakata varılarak belirlenmiştir. Sigorta Ettiren mutabık kalınan toplam prim borcunu, Prim/Ödeme Planı Tablosu’nda ve zeyillerin üzerinde bulunan nihai ödeme planı çerçevesinde Sigortacı’nın hesabına ödeyecektir.

Sözleşme başlangıç tarihinden sonraki sigortalı girişlerine ait prim tahakkukları, toplam prim borcuna ilave edilir ve toplam prim borcunun peşin olarak ödenmesi kararlaştırılmışsa derhal, taksitli olarak ödenmesi kararlaştırılmışsa kalan taksit adedine bölünerek takip eden vadelerde eşit taksitlerle tahsil edilir. Sigortalı çıkışlarındaki iade prim tutarı ise aynı esaslara göre eşit taksitlerle toplam prim borcundan düşürülür. Prim/Ödeme Tablosu’nda belirtilen son taksit vadesinden sonra düzenlenen zeyillere ait primler peşin olarak tahsil edilir.

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

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

Sigorta Ettiren poliçesi için belirlenen prim tutarının ödenmesinde gecikilen her gün için TCMB tarafından belirlenen ticari avans faizi üzerinden temerrüt faizi ödemeyi ve ödemelerden herhangi birinin zamanında yapılmaması halinde bakiye prim taksitlerinin muaccel hale geleceğini peşinen kabul ve taahhüt eder.

Sigorta Ettiren, işbu Sözleşme’den kaynaklanan prim borcunu kendisini temsil etmesi için seçtiği ilgili aracının hesaplarına ödemesi Sigortacı’ya karşı prim borcunun ifası ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirdiği anlamına gelmeyeceğini peşinen kabul ve beyan eder. Sigortacının Sözleşme öncesinde veya sonrasında Sigorta Ettiren’in aracısına genel bir yetkilendirme ile verdiği/verebileceği tahsilat yetkisi, Sigorta Ettirenin, prim borcunun ifası ile ilgili Sigortacıya karşı yükümlülüklerini ortadan kaldırmamaktadır. Sigorta Ettiren ile Sigortacı arasında aksi yönde yapılmış bir mutabakat olmadığı sürece Sigortacı’nın hesaplarına geçmeyen prim ödemeleri yapılmış sayılmaz.

Varsa işbu Sözleşme kapsamında sigortalınmış ferdi katılımlı sigortalıların prim ödemeleri Sigortacı tarafından direkt olarak Sigorta Ettiren’in belirtmiş olduğu ödeme şekline (havale, kredi kartı, bankalara verilen otomatik ödeme talimatı vb.) göre direkt olarak sigortalılardan tahsil edilir. Sigorta Ettiren kendisi ile kurulmuş olan işbu Sözleşme’nin prim ödemesine ilişkin maddesi dahil tüm hükümlerinin bu sigortalılar içinde aynı şekilde hüküm ifade ettiğini ve hukuken onları temsile haiz olduğunu beyan eder.

# SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI

## SİGORTALANABİLECEK KİŞİLER

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

Personelin 18 (dahil) yaşından küçük çocukları ve 18 ile 24 (dahil) yaş arası çocukları da, tarafların kabul etmesi koşuluyla Teminat ve Prim/Ödeme Planı Tablosu’nda belirtilen çocuk primi ile sigorta kapsamına dahil edilebilirler. Eş ve 25 (dahil) ile 29 (dahil) yaş arasındaki çocuklar ise tarafların kabul etmesi koşuluyla Teminat ve Prim/Ödeme Planı Tablosu’nda belirtilen ilgili prim ile sigorta kapsamına dahil edilebilirler. Ancak bağımlı çocuklar arasında ayrım yapılamaz, sigortalanacaksa bağımlı olan çocukların tümünün sigorta kapsamına alınması gerekmektedir. Poliçe iptal işlemlerinde de yine çocukların tümü sigorta kapsamından çıkarılması gerekmektedir.

Ancak, personel sigortalanmadan eş ve çocukları sigorta kapsamına alınamaz.

## BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

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

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

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

Sigortacının, bizzat sigortalıdan onay alacağına dair Sigorta Ettiren’e ayrıca taahhüt vermediği durumlarda; Sigorta Ettiren, her bir sigortalının kendisinden alınmış bu sözleşme ekinde bir örneği bulunan muvafakatnameyi de matbu ıslak imzalı ya da dijital olarak cayma süresi içinde sigortacıya ibraz edeceğini, aksi halde her türlü sonucundan sorumlu olacağını kabul ve beyan eder.

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

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

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

Sağlık Beyan ve Başvuru Formu, Sigortacı tarafından hazırlanan matbu dokümanlar ile ya da yine Sigortacı tarafından yönlendirmesi yapılan online platformlar üzerinden Sigortacı’ya iletilebilecektir.

## POLİÇEYE GİRİŞ İŞLEMLERİ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* İlk defa sigortalananlar: Sigortalı adaylarına risk analizi yapılacak ve bekleme süresi uygulanacaktır.
* Başka şirketten veya Sigortacı bünyesinden geçişler: Geçiş İşlemleri Ve Kazanılmış Haklar Maddesi doğrultusunda değerlendirilecektir.

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

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

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

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

### BUPA BEBEĞİ

Sigorta Ettiren Şirkette personel konumunda olan Sigortalı’nın, en az tam bir poliçe yılı Sigortacı’nın Sigortalı’sı olması koşuluyla, doğan bebekler, doğum tarihlerinden  
itibaren 30 gün içerisinde Sigortacı’ya bildirim yapılarak poliçe kapsamına dahil  
edilmeleri durumunda “Bupa Bebeği” olarak kabul edilirler.

30 gün içerisinde başvurması halinde;

* Bupa Bebeği hakkı verilir ve bebeğin doğum tarihi, İlk Sigortalanma Tarihi kabul edilir.
* Sigortaya dahil olduğu anda “ÖBYG” verilir.
* Teminat Dışı Haller alanında yer alan “Konjenital Hastalıklar” teminat kapsamında olur.
* Poliçe Özel Şartlarında yer alan bekleme süreleri uygulanmaz.
* Doğum tarihi ile poliçeye giriş tarihi arasında geçen sürede ortaya çıkan edinsel hastalıkları için istisna uygulanabilir.
* İki (2) yaş altı çocuklarda kordon kisti, hidrosel, göbek ve kasık fıtıkları ve Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformitelerin tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri kapsam içerisindedir.
* Kuvöz ve prematüreliğe ilişkin sağlık giderleri kapsam dışındadır.

Doğumundan sonraki 30 günden sonra yapılan sigortaya başvuru taleplerinde;

* “Bupa Bebeği” hakkı elde edemezler.
* Bu bebeklerin sigortaya kabulünde; standart yeni giriş kuralları uygulanır.

Tedaviye yön verecek genetik testler ile Bupa Bebeği'nin ve doğduğu ilk günden itibaren poliçe teminat kapsamına alınan bebeğin yeni doğan rutin tarama tetkikleri  
hariç, her türlü Doğumsal (konjenital), Genetik Anomali ve Hastalıkların araştırılması  
ve taranması ile ilgili tetkikler, her türlü gen haritasının çıkarılması giderleri, “Bupa Bebeği” olan sigortalılar için de teminat kapsamı dışında olup buna ilişkin  
giderler Sigortacı tarafından karşılanmaz.

## KATILIM SERTİFİKASI

Sigortacı, sigorta kapsamına alınan her bir Sigortalı adına, Sözleşme ile temin edilen menfaatleri gösteren bir katılım sertifikasını elektronik ortamda verecektir.

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

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

## SİGORTALILARLA İLETİŞİM

Prim ödemelerinde Sigortacının muhatabı Sigorta Ettiren olup, Sigortacı, lüzum halinde sigortalıların onayı alınmış olması kaydı ile sigortalı listesi, zeyil listesi gibi konularda Sigorta Ettirene bildirim yapabilir.

Prim ödemelerinde Sigortacının muhatabı Sigorta Ettiren ve/veya varsa Sigorta Ettiren tarafından yetkilendirilen Aracı olup, Sigortacı, lüzum halinde, sigortalıların yazılı veya dijital onayı alınmış olması kaydı ile, sigortalılara da bu kişiler aracılığıyla, bildirim yapabilir ve sigortalılara ilişkin bu kişilerden bilgi talebinde bulunabilir. Bu gibi durumlarda ilgili bilgilendirme, bildirim ve bilgi taleplerinin sigortalı ile paylaşılması münhasıran Sigorta Ettiren ya da aracı üzerinde olacak olup; aksi halden doğan her türlü zarardan da Sigorta Ettiren/aracı sorumlu olacaktır.

2014/4 sayılı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği Uygulama Esaslarına İlişkin Genelge’nin 8. maddesi gereğince; Sigorta Ettiren ve sigortalı, sigortalının iletişim bilgilerini güncellemekle mükellef olup, sigortalı iletişim bilgilerinin eksik ve/veya hatalı olması durumunda sorumluluk Sigorta Ettirene ait olacaktır.

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

Sağlık Sigortası Genel Şartları gereğince, Sigorta Ettiren sigortalılara ait iletişim bilgilerini bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının verilebilmesi için Sigortacıya iletmekle ve Sigortacı’nın bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı göstermekle yükümlüdür. Sigortalılara ait iletişim bilgilerinin Sigorta Ettiren tarafından sigortacıya bildirilmemesi nedeniyle bu maddede bahsi geçen yükümlülüğün gereği gibi yerine getirilememesi durumunda Sigortacı sorumlu tutulamaz. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği Sigortacının elektronik ortamda sigortalıların ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur. Sigortacı, sigortalılara ait kişisel sayfaya erişim yöntemi hakkında Sigorta Ettireni bilgilendirir.

# GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

İlk sigortalılık tarihi, bekleme süresi (annelik ve doğum teminatı dahil), poliçeye uygulanan ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi, vb.) ve ÖBYG, Kazanılmış Hak olarak değerlendirilir. Eski poliçesinde kapsam dahilinde olan teminat ve hastalıklar ile ilgili harcamalar, işbu Sözleşme kapsamında bulunmuyor ise kazanılmış hak olarak kabul edilmez ve herhangi bir tazminat ödemesi yapılmaz.

## Diğer Sigorta Şirketinden Geçiş

* Sigortalılar, sigortalı oldukları şirket ve kazanılmış haklarla ilgili bilgileri Sigortacı’ya bildirmekle yükümlüdür. Daha önce sigortalı olunan şirketten gelen kazanılmış hak bilgileri Sigortacı’nın onayı ile devralınır.
* Diğer sigorta şirketinde herhangi bir Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, diğer sigorta şirketinden ayrılarak, Sigortacı’dan sağlık sigortası almak istediği durumlarda, sigortalı olduğu önceki şirketinden kazanılmış haklarını gösteren belgelerin Sigortacı’ya iletilmesi gerekmektedir.
* Sigorta Ettiren bünyesinde poliçeye ara dönemde giriş yapacak olan Sigortalı’ların poliçe kapsamına dahil olmadan önce başka bir sigorta şirketinde devam eden grup ya da ferdi sağlık poliçesinden ötürü kazanılmış hakları varsa, bu haklar iki sigorta arasında otuz (30) günden fazla bir kesinti olmaması ve Sözleşme’de belirtilen giriş maddesindeki başvuru gün sınırlamasına uygun olması şartı ile “Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması” maddesi doğrultusunda kazanılmış hakları devralınır.
* Sigortalı’nın önceki sigortalılık bilgisi Sigortacı’ya bildirilmediyse, sonradan kanıtlanması halinde kazanılmış hakları “Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması” maddesi doğrultusunda kazanılmış hakları devralınır.

## Sigortacı Bünyesinden Geçiş

* Sigortacı bünyesinde herhangi bir Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, bu grup kapsamına dahil olması durumunda, sigortalı olduğu önceki poliçesinden kazanılmış hak bilgileri Sigortacı’nın onayı ile devralınır.
* Sigorta Ettiren bünyesinde poliçeye ara dönemde giriş yapacak olan Sigortalı’ların poliçe kapsamına dahil olmadan önce Sigortacı bünyesinde devam eden grup ya da ferdi sağlık poliçesinden ötürü kazanılmış hakları varsa, bu haklar iki sigorta arasında otuz (30) günden fazla bir kesinti olmaması ve Sözleşme’de belirtilen giriş maddesindeki başvuru gün sınırlamasına uygun olması şartı ile kazanılmış hakları devralınır.
* Sigortacı bünyesinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesinden Özel Sağlık Sigortası poliçesine geçişlerde; İlk sigortalılık tarihi, bekleme süresi (annelik ve doğum teminatı dahil), poliçeye uygulanan ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi, vb.) ve ÖBYG, “Ara Dönem Sigortalı Geçişi” maddesinde belirtilen hastalıklar İçin Risk değerlendirmesi yapılarak devralınır.

# SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ

## SİGORTA SÜRESİ

Sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu dönemi ifade eder ve Sözleşmenin süresi 1 yıldır. İşbu sözleşme, aşağıda belirtilen sürenin sonunda herhangi bir ihtar ve bildirime gerek kalmaksızın kendiliğinden sona erecektir.

Sözleşme Başlangıç Tarihi : 01.01.2029 Saat : 12:00

Sözleşme Bitiş Tarihi : 01.01.2030 Saat : 12:00

## SİGORTALININ POLİÇEDEN ÇIKIŞI

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

Vefat etmiş personel, bağımlılar ve vefat eden personelin bağımlılarının poliçe kapsamından çıkışı vefat tarihi itibarıyla yapılır. Ancak, vefat eden personelin bağımlıları sigorta ettirenin yazılı onayının olması halinde poliçe bitiş tarihine kadar poliçe kapsamında kalabilecektir. Ferdi katılımlı poliçelerde primi ödeyen personelin vefat etmesi durumunda, mevcutta prim borcu var ise kanuni varisleri tarafından prim borcunun ödenmesi şartı ile poliçenin devamı sağlanacaktır.

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

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

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

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

## POLİÇE İPTALİ

Sigorta Ettiren, işbu madde hükümleri çerçevesinde Sigortacı’dan Sözleşme’nin iptalini talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için; Sigorta Ettiren tarafından düzenlenen, sözleşmenin iptal edilmesi istenen tarihi (iptal talebinin Sigortacıya iletildiği tarih veya bu tarihten sonraki bir gün olmalıdır) ve gerekçesini içeren iptal bildirim yazısının Sigortacı’ya ulaştırması gerekir.

Sigorta Ettiren, sigorta sözleşme başlangıç tarihinden itibaren ilk bir (1) ay içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunmak suretiyle, risk gerçekleşmemiş ve talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat ödemesinin olmaması kaydıyla sigortadan cayma ve ödemiş olduğu primi kesintisiz iade alma hakkına sahiptir.

Ancak, sözleşme başlangıç tarihinden itibaren ilk bir (1) aylık süre sonrasında gönderilen iptal taleplerinde ve/veya iptal talebi ilk bir (1) ay içerisinde olmasına rağmen bu süre içerisinde risk gerçekleşmiş ve yapılmış herhangi bir tazminat ödemesinin olması durumunda aşağıdaki şekilde işlem yapılır:

• Sözleşme kapsamında yapılan tazminat ödemeleri ile iptal tarihine kadar gün esaslı kazanılan primler üzerinden hesaplanacak olan idari ve istihsal giderlerin toplamı, Sigortacı’nın gün esaslı olarak iptal tarihine kadar sorumlu olduğu süre içerisinde hak kazandığı prim tutarını geçmiyorsa, Sigorta Ettiren’in ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek bakiye tutar Sigorta Ettirene iade edilir.

• Sözleşme kapsamında yapılan tazminat ödemeleri ile iptal tarihine kadar gün esaslı kazanılan primler üzerinden hesaplanacak olan idari ve ishtihsal giderlerin toplamı, Sigortacı’nın gün esaslı olarak iptal tarihine kadar sorumlu olduğu süre içerisinde hak kazandığı prim tutarını geçiyor, ancak Sigorta Ettiren’in o güne kadar ödediği primlerden düşükse, tahsil edilmiş primlerden tazminat tutarı ve idari ve istihsal giderleri düşülerek bakiye tutar Sigorta Ettiren’e iade edilir.

• Sözleşme kapsamında yapılan tazminat ödemeleri ile iptal tarihine kadar gün esaslı kazanılan primler üzerinden hesaplanacak olan idari ve ishtihsal giderlerin toplamı, Sigortacı’nın gün esaslı olarak iptal tarihine kadar sorumlu olduğu süre içerisinde hak kazandığı prim tutarını ve Sigorta Ettiren’in ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz. Bu durumda Sigorta Ettiren’in ödemiş olduğu primleri aşan henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin ilgili kısmı muaccel hale gelir.

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

## FESİH

Taraflardan her biri, bu Sözleşme’yi, Sözleşme’nin yürürlükte olduğu süre boyunca, sebep göstermeksizin ve tazmin yükümlülüğü altına girmeksizin diğer tarafa üç (3) ay önceden noter aracılığıyla bildirimde bulunmak suretiyle tek taraflı olarak feshetme hakkına sahiptir. Fesih hakkının Sigortacı veya Sigorta Ettiren tarafından kullanılması durumunda Poliçe İptali maddesi uyarınca prim iadesi ile ilgili belirlenmiş olan hükümler uygulanır.

Bu Sözleşme’nin, Genel ve Özel Şartların esas hükümlerinden bir veya bir kaçının ihlal edilmesi veya yükümlülüklerin tam veya zamanında yerine getirilmemesi halinde Sigortacı veya Sigorta Ettiren’den her biri karşı tarafa on beş (15) günlük süre vererek noter aracılığı ile ihtarda bulunarak ihlale son verilmesini ve yükümlülüklerin yerine getirilmesini talep eder. Bu süre sonunda ihlale son verilmemesi, yükümlülüklerin yerine getirilmemesi halinde, diğer taraf başkaca bir ihtara gerek kalmaksızın, sözleşmeyi derhal feshedebilir.

Sigorta Ettiren’in, prim borcunu vadesinde Sigortacı’ya ödememesi Sigortacı açısından derhal fesih hali ve hakkı oluşturur.

# FERAGAT

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

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

# DEVİR YASAĞI

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

# TARAFLARIN TEBLİGAT ADRESLERİ

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

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

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

# RÜCU

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

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

# SÖZLEŞME DEĞİŞİKLİKLERİ

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

# KISMİ HÜKÜMSÜZLÜK

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

# BÖLÜMLER

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

# UYGULANACAK HÜKÜMLER

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

# UYUŞMAZLIKLARIN ÇÖZÜMÜ

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

# KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI

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

**Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında**

Genel Olarak:

Taraflar, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) hükümlerini ve buna ilişkin alt düzenlemeler de dahil olmak üzere, kişisel verilerin tabi olduğu/olacağı ilgili tüm mevzuat hükümlerine uyacağını, diğer tarafın herhangi bir veri koruma mevzuatını ihlal eder konuma düşürecek herhangi bir faaliyette bulunmayacağını, ilgili mevzuatın belirlediği/belirleyeceği tüm önlemleri, tedbirleri ve gereklilikleri tam, zamanında ve gereği gibi yerine getireceğini kabul ve beyan eder.

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

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

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

Sigorta Ettiren, Sigortacı’dan edindiği kişisel veriyi, yasal zorunluluklar nedeniyle muhafaza edilmesi gerekliliği saklı kalmak kaydıyla, diğer tarafın talebi halinde sileceğini ve yok edeceğini kabul ve beyan eder.

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

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

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

**Sigorta Ettiren ile Veri Paylaşımı İle İlgili Olarak:**

Sigortacı, işbu Sözleşme kapsamında, sadece kişisel verilerinin Sigorta Ettiren ile paylaşılması konusunda açık rızası olan sigortalıların bilgilerini Sigorta Ettiren ile paylaşabilir.

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

İşbu Sözleşme iki (2) nüsha olarak düzenlenmiş, 01.01.2024 tarihinde Taraflarca kabul ve imza edilmiştir.

**Ek.1:** Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları

**Ek.2:** Teminat Tablosu

**Ek.3:** Muvafakatname örneği

**Ek.4:** 1 adet Yetki belgesi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BUPA ACIBADEM SİGORTA A.Ş.** | | **……….** | |
| [IMZA1] | [IMZA2] |  |  |

|  |
| --- |
| EK.1 Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları |

1. Grup Sağlık Sigortası Sözleşmesi ile Grup Sağlık Sigortası Özel Şartlarının çeliştiği durumlarda, Grup Sağlık Sigortası Özel Şartlarında yer alan maddenin gereği uygulanacaktır.
2. İlk sigorta başlangıç tarihi itibarı ile kazanılmış haklar devir alınmıştır.
3. Grupta, herhangi bir hastalık için (doğum dahil) bekleme süresi uygulanmamaktadır.
4. Grup poliçesine yapılacak yeni girişlerde başvuru formu alınmayacaktır.

* Grup bünyesinde poliçeye ara dönemde giriş yapacak olan personel ve bağımlarının poliçe kapsamına dahil olmadan önce her hangi bir sigorta şirketinde devam eden grup ya da ferdi poliçesinden ötürü kazanılmış hakları varsa, bu haklar iki sigorta arasında üç (3) aydan fazla bir kesinti olmaması koşuluyla risk analizi yapılmaksızın devralınır. (Mevcut muafiyetler aynen devam edecektir.) Kişinin poliçeye girişinin yapılması için sözleşmede belirtilen giriş maddesindeki başvuru gün sınırlamasına uygun olması şartı aranmayacaktır.
* Yenileme ve ara dönem girişlerde daha önce poliçesi olan sigortalılar için iki sigorta arasında üç (3) aydan fazla bir kesinti olması halinde kişiler ilk kez sigortalanıyor gibi değerlendirilir ve poliçe şartları gereği risk analizi yapılmaz ve bekleme süresi uygulanmaz. Kişinin poliçeye girişinin yapılması için sözleşmede belirtilen giriş şartlarına uygun olması şartı her durumda aranır.

1. Grup içerisinde poliçeye dahil olan tüm sigortalılara grup içinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı verilmektedir.
2. Ara dönem giriş maddesi koşulları ile 25-35 yaş arası çocuk (bekar olmaları koşulu ile) konumunda bağımlı statüsündeki kişiler fert primi ile poliçeye dahil edilecektir.
3. Gruptan ayrılan sigortalıların 30 (Otuz) gün içerisinde Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş. mevcut bireysel ürünleri içerisinde yeralan muadil ürünü almaları ve aile bireylerinin tamamının sigortalanması şartı ile, risk analizi yapılmadan ve sürprim uygulanmadan hakları bireysel sigortaya devir alınır.
4. Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşecek ameliyat ve küçük müdahale işlemlerinde, ameliyatı yapacak olan doktor ve ekibine ödenecek tutar, Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi’nin (TTB) üç katı ile sınırlı olmak üzere kapsam içerisindedir.
5. Anlaşmalı sağlık kurumlarında, gerçekleşecek ameliyat ve küçük müdahale işlemlerinde, doktorun kurum doktoru olmaması halinde, ameliyatı yapacak olan doktor ve ekibine ödenecek tutar, Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi’nin (TTB) üç katı ile sınırlı olmak üzere kapsam içerisindedir.
6. Ameliyat sonrası yapılan tanı amaçlı incelemelerde, yatarak tedavi ile ilgili giderler Yatarak Tedavi Teminatı, ayakta tedavi ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı limit ve sigortalı katılım payı dahilinde kapsam içerisindedir.
7. Yurtdışında gerçekleşen ayakta ve yatarak tedavilerde ödenecek tazminat tutarı, aynı tedavinin Acıbadem Sağlık Grubu Kurumları’nda gerçekleşmesi halinde ödenecek tazminat tutarı ile sınırlıdır.
8. Ameliyat öncesi talep edilen HIV ve Hepatit Testleri ve ameliyatla ilgili tüm rutin tetkikler, Yatarak Tedavi Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
9. Hastanede yatış süresi, ömür boyu 720 gün ile sınırlıdır.
10. Yoğun Bakımda gerçekleşen tedaviler ömür boyu 360 gün ile sınırlı olmak şartıyla kapsam içerisindedir.
11. Refakatçi ile ilgili giderler, yaşı sınırı olmaksızın kapsam içerisindedir.
12. Böbrek Taşı Kırma (ESWL) ile ilgili giderler, Yatarak Tedavi Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
13. Septum Deviasyonu ve Konka Hipertrofisi, Referans Hekim onayı ile ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
14. Kısırlık ile ilgisi olmayan varikosel teşhis ve tedavi giderleri, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
15. Trafik Kazası sonucu oluşan diş ve ağız yaralanmaları, diş ve çene cerrahları tarafından gerçekleştirilen diş, çene ve ağız kısmındaki her türlü ameliyat ve tedavi, kaza raporunun ibraz edilmesi şartıyla, yatarak tedavi teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
16. Kemoterapi ilaç ve tedavi sırasındaki kontrol testleri, Kemoterapi Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
17. TTB 150 birime kadar olan işlemler, Küçük Müdahale Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
18. Kanser ameliyatları sonrası yapılan Meme Protezi giderleri, Suni Uzuv Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
19. İşitme testleri ile ilgili giderler, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
20. Hekimlerce tedavinin hızlandırılması ve hastaya destek olunması amacıyla önerilen kişiye özel her türlü malzeme, Atel, elastik bandaj, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, oturma simidi, koltuk değneği, ortopedik tabanlık-bot vs. gibi yardımcı tıbbi malzemeler, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
21. Radyolojik işlemler sırasında kullanılan ilaç giderleri, ilgili tanı teminatı limit ve sigortalı katılım payı dahilinde kapsam içerisindedir.
22. Göz ile ilgili her türlü muayene (gözde kırılma kusurları dahil) giderleri, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
23. Ameliyat veya uzun süreli yatarak tedavi sonrasında, iki (2) ay içerisinde gerçekleşen fizik tedavi giderleri, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
24. Hepatit C’nin ilaç tedavi giderleri, Kemoterapi Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
25. Hepatit markerları, ilgili tanı teminatı limit ve sigortalı katılım payı dahilinde kapsam içerisindedir.
26. Doğum öncesi mutad kontroller, Annelik (Rutin Kontrol) teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
27. Tedavi amaçlı doğum kontrol hapları, İlaç Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
28. Dış Gebelik, Mol Hidatiform (Patalojik Gebelik) ile ilgili giderler, Yatarak Tedavi Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
29. Yeni doğan bebeğin, Sigorta başvurusunun doğum tarihi itibari ile ilk otuz (30) gün içinde, tarafımıza ulaşması durumunda doğuştan gelen hastalıklar ve/veya kusurlar da kapsam altına alınacak ve doğum tarihi itibari ile sigortalanacaktır.
30. Yeni doğan bebeğin aşı, muayene, ilaç, fenilketonüri testi, troid tarama testi, kan grubunun belirlenmesi gibi ilk tetkikler, kalça USG, göz muayene ve işitme testi, bebeğin kendi poliçesi limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
31. Yeni doğan bebeğin Fizyolojik Sarılık masrafları, Yatarak Tedavi Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
32. Fototerapi ile ilgili giderleri, Yatarak Tedavi Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
33. Düşük, Zorunlu Küretaj ve doğum ile ilgili diğer komplikasyon giderleri, Annelik Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
34. Rutin smear testleri ve Jinekolojik muayene, Ayakta Tedavi Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
35. Çocukların rutin kontrollleri, Ayakta Tedavi Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
36. İşyeri hekimi tarafından personel ve bağımlıları için yazdırılan reçeteler, ilgili teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
37. Tedavi için hayati önem taşıyan ancak Türkiye'de eşdeğeri olmayan ilaçlar FDA onaylı olması ve Türkiye'ye yasal yollarla getirilmesi şartıyla, Yurtdışı İlaç Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
38. Astım ve Alerjik hastalıkların teşhis ve tedavisi, deri ve kan testleri dahil alerji aşıları hariç, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
39. Sedef, Siğil ve Akne tedavileri, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
40. Migren teşhis ve tedavisi, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
41. 40 yaş üstü kadınlar için yılda bir (1) kez Acıbadem Sağlık Grubu Anadolu Sağlık Merkezi Kurumlarında gerçekleşmesi şartıyla, kontrol amaçlı Mamografi ile ilgili giderler katılım payı olmaksızın kapsam içerisindedir.
42. 40 yaş üstü erkekler için yılda bir (1) kez Acıbadem Sağlık Grubu Anadolu Sağlık Merkezi Kurumlarında gerçekleşmesi şartıyla, kontrol PSA Testi ile ilgili giderler katılım payı olmaksızın kapsam içerisindedir.
43. MS, Epilepsi ve Parkinson, Skolyoz (doğuştan gelmemesi şartı ile), hastalıklarının teşhis ve tedavileri, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir. Alzheimer hastalığının yalnızca ayakta tedavi gideleri için teşhis ve tedavisi kapsam içerisindedir.
44. Katılımsız Doktor Networkünde yer alan anlaşmalı hekimlerimizde gerçekleştirilen muayene ücretlerinde sigortalı katılım payı bulunmamaktadır.
45. Skolyoz teşhis ve tedavisi doğuştan gelmemesi şartı ile, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
46. Menopoz ve Osteoporoz teşhis ve tedavi giderleri, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
47. Kalp Pili, ICD, Koklear Implant ve vücut içi pompalar ile ilgili giderler, Yatarak Tedavi Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
48. Puva tedavisi ve Ben Alımı ile ilgili giderler, Küçük Müdahale Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
49. Yüzeysel olmayan Varis ile ilgili giderler, Küçük Müdahale Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
50. Sigortalanmadan önce başlayan hastalıkların teşhis ve tedavisi kapsam içerisindedir.
51. Doğuştan gelen hastalıkların ilk teşhisi kapsam içerisindedir, ancak tedavi giderleri kapsam dışıdır.
52. Aynı anestezi ve/veya aynı kesi altında birden fazla işlem yapılması durumunda TTB kriterleri uygulanır. Teminata girmeyen operasyon için TTB ağırlığı oranında ödeme yapılacaktır.
53. Uyku Apnesi ile ilgili teşhis ve tedavi giderleri (cihaz ve kalibrasyonu hariç), ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
54. Terör Olayları, Deprem ve Doğal Afetler sonucu ortaya çıkabilecek giderler, kişi başı 1.000 TL muafiyet ile kapsam içerisindedir.
55. Amatör (lisanssız) olarak yapılan sporlardan kaynaklanan sağlık giderleri kapsam içerisindedir.
56. Yurtdışına bordrolu olarak giden personel ve ailesinin, döndükten sonra en geç otuz (30) gün içinde tekrar gruba dahil edilmek istenmesi halinde, gitmeden önceki kazanılmış haklarını kaybetmeden ve risk analizi yapılmadan sigorta başvuruları kabul edilecektir.
57. Trafik kazası veya yangın sonucu oluşan ve şekil bozukluğu yaratan bir kusurun düzeltilmesine yönelik estetik tedaviler, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
58. Acil durumlar için sigorta şirketi onayı ile yurtiçi hava ambulansı kapsam içersindedir.
59. Askere giden personelin, askerlik bittikten sonra en geç bir (1) ay içinde tekrar gruba dahil edilmek istenmesi halinde, askere gitmeden önceki kazanılmış haklarını kaybetmeden ve risk analizi yapılmadan sigorta başvurusu kabul edilir.
60. Konjenital olmaması koşulu ile, iki (2) yaşına kadar gerçekleşen kasık fıtığı ameliyatları, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir. (Acıbadem Sigorta poliçe döneminde doğup, doğum tarihi itibariyle 30 gün içerisinde sigortalanan çocukların doğuştan gelse bile fıtık ameliyatları kapsam içerisindedir.)
61. Giriş ve çıkış işlemleri gün esaslı prim hesabı ile yapılacaktır.
62. Serum fizyolojik preparatlar, antihistaminik ilaçlar, astım ve allerjik rinit tedavisi için kullanılan spreyler ve deniz suyu ihtiva eden gifrer, sterimar ve muadili ilaçlar, Sağlık Bakanlığı’ından onaylı olmak şartı ile, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
63. Koroner Kalsiyum Skorlama (BT) testleri, ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
64. Yurtdışında gerçekleşen doğum ile ilgili giderler, Bupa Acıbadem Sağlık Grubu Kurumları’nda gerçekleşmesi halinde ödenecek tazminat tutarı ile sınırlıdır.
65. Psikiyatri doktorları tarafından yapılan muayene giderleri, Psikiyatrik Muayene Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
66. Psikiyatri doktorları tarafından yazılan ilaç giderleri, Psikiyatrik İlaç Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir. Tedaviyi destekleyici amaçla diğer branş uzmanları tarafından yazılan basit psikotrop ilaçlar, Psikiyatrik İlaç Teminatı limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
67. Mikroenjeksiyon ve tüp bebek gibi yardımcı üreme yöntemleri, Annelik (Doğum) Teminatı limitinin %50'sine kadar kapsam içerisindedir.
68. Annelik (Doğum) ve Annelik (Rutin Kontrol) teminatları, Acıbadem Sağlık Grubu Kurumlarının kullanılması durumunda limitsizdir. Ancak, ASG Kurumları dışındaki kurumların hamilelik ve doğum nedeniyle, bir (1) kez bile kullanılması durumunda yıllık limit devreye girer. Daha önce kullanılan tazminatlar ilgili limitten düşülecektir. ASG Kurumları’nda gerçekleşecek doğum için, doktorun kurum doktoru olmaması halinde, ameliyatı yapacak olan doktor ve ekibine ödenecek tutar ASG Kurumları kadrolu doktor ücreti kadar olacaktır.
69. Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastaneleri ile devlete bağlı üniversite hastanelerinde gerçekleşecek giderler ile ilgili Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş.’ye gelen faturalar anlaşmalı kurum gibi değerlendirilecektir.
70. Zeyiller, ödeme planı baz alınarak taksitlendirilecektir.
71. Poliçede sigortalılık üst yaş sınırı 64’dür. Üst düzey yöneticilerin 64 yaşını aşmış kişi sayısı ve görevleri bildirilmesi durumunda, Sigorta Şirketi onayı ile sigortası yapılabilecektir.
72. Mesleki sebeplerden ötürü oluşan hastalıklar ve yaralanmalar ilgili teminat limit ve sigortalı katılım payı oranı dahilinde kapsam içerisindedir.
73. Dr. raporu ile bir kez belgelenmesi (ilaç adı, dozu ve kullanım süresinin belirtildiği) şartı ile uzun süreli ilaç kullanımlarında fotokopi reçete ile işlem yapılacaktır.
74. Emekliler ve bağımlılarının poliçe tahsilatı, kişilerin şahsi kredi kartları ile yapılacaktır.
75. İşten ayrılan en fazla 15 personel, ..... Grubu IK Departmanı yetkili kişilerinden gelecek yazı doğrultusunda, Sigorta Şirketi onayı ile poliçe bitiş tarihine kadar sistemde kalabilecektir.
76. Sene ortasında emekli olan bir kişi, gün esaslı prim ile “emekliler” planında sigortalanabilecektir.
77. Yalancı gebelik ile ilgili her türlü gider kapsam dışıdır.
78. %100 Ödemeli Kurumlar Uygulaması: Bu kurumlarda yapılan tüm işlemlerde SGK kullanılması zorunludur. Sigortalı, SGK Katılım Payı dışında sigorta şirketi kapsamında ayrıca Katılım Payı ödemeyecektir. Teminat kapsamında olup SGK ödeme kapsamında olmayan işlemler için provizyon verilmeyecek, poliçe teminat tablosunda yer alan “Provizyon Verilen Kurumlar” için belirtilen katılım payı ile elden ödeme kapsamında değerlendirilecektir.
79. Yatarak ve Ayakta tedavi giderleri için anlaşmalı-anlaşmasız kurum ayrımı bulunmamaktadır. Vehbi Koç Vakfı Sağlık Kurumları (Amerikan Grubu) (Koç Üniversitesi Hastanesi Hariç) Ayakta Tedavi teminatında katılım payı %30, Yatarak Tedavi teminatında katılım payı %10 olacaktır.
80. Tüm koruyucu aşılar, İlaç Teminatı limit ve sigortalı katılım payı dahilinde kapsam içerisindedir. (Alerji aşıları kapsam dışıdır.) Gardasil aşısı tüm sigortalılar için kapsam içerisindedir. Grip aşısı ise; Bupa Acıbadem Sigorta Kurumsal Verimlilik Organizasyonu ile personel statüsündeki sigortalılar için yılda bir kez/defa düzenlenmek üzere toplu grip aşısı organizasyonu ile % 100 ödemeli olarak yapılacaktır.
81. Doktor tarafından reçete edilmiş ismi belirtilen ürünler poliçe dönemine denk gelen dozlar dahilinde ödenecektir. Poliçe Kapsamında ödenecek ürünler; Umca Efervesan Tablet, Umca Solüsyon, Pharmaton Vitality, İmuneks Plus Kapsül, Supradyn tablet, Redoxon efervesan, Sterimar Deniz Suyu, Strepsils Pastil, Strefen Pastil, Gifrer Burun Spreyi. Pure Vitamin D 25mcg, Pure Encapsulations Vitamin C 60 Capsules, Pure Encapsulations Osteo Complex Btl 30CAP, Pure Encapsulations Daily Probiotic Btl.
82. Grup yetkililerinden gelen ambulans organizasyonu talepleri, ..... İK onayı alınmak koşuluyla grubun Havuz teminatı kapsamında değerlendirilecektir. Grubun havuz teminatının bitmesi durumunda Ik onayı ile tarafımıza iletilecek Ambulans Organizasyonu talepleri ASO kapsamında değerlendiririlecektir. (şarjman oranı %6,5 olacaktır)
83. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve/veya T.C Sağlık Bakanlığı tarafından resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina ile ilgili sağlık giderleri, teşhisi konulacak bu hastalığın sigortalının poliçeye dahil olduğu tarihten sonra başlamış olması koşuluyla, yurt içinde, bu hastalık tanı ve tedavisi için yetkilendirilmiş anlaşmalı sağlık kurumlarında ve poliçedeki ilgili teminat limit ve katılım payı oranında ödenir.
84. Covid PCR Testi; PCR test sonucu “(+) pozitif ise ve Ayakta Tedavi Teminatlarında Laboratuvar teminatı varsa limit ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak, elden ödeme yöntemi ile poliçe kapsamındadır.

Test sonucu pozitif çıkan bir sigortalıda karantina sonrası covid-19 durumunun kontrolü için yapılan PCR tetkik tekrarı poliçe kapsamı dışındadır. Eczaneden alınan test kitleri kapsam dışıdır.

1. Poliçe bitiş tarihinde grubun Tazminat/Prim oranının %80’e kadar olması halinde grupla prim ayarlaması yapılacaktır. Tazminat prim oranlarına göre ödenecek prim ayarlaması oranları aşağıda belirtilmiştir.

|  |  |
| --- | --- |
| Biten poliçenin T/P Oranı | Prim Ayarlaması Oranı |
| %0 - %60 Brüt Prim | %20 |
| %61 - %70 Brüt Prim | %10 |
| %71 - %80 Brüt Prim | %5 |

Poliçenin yenilenmesi durumunda, Brüt prim üzerinden yukarıda belirtilen oranlarda kar paylaşımı yapılacaktır.

1. Yurtdışı Tedavi Teminatı, 180 günü geçmeyen yurtdışı seyahatlerinde geçerlidir. Tazminat taleplerinde pasaportun gümrük giriş ve çıkış damgalarını gösteren sayfalarının da Sigorta Şirketine gönderilmesi gerekmektedir.
2. İşten ayrılan personel ve var ise bağımlıları, ..... Grubu IK Departmanı yetkili kişilerinden gelecek yazı doğrultusunda, Sigorta Şirketi onayı ile üç (3) ay sistemde kalabilecektir.
3. Aktif olan sigortalıların, geçerli olduğu dönem içinde gerçekleşen, Poliçe Genel ve Özel şartları gereği kapsam dışı kalan, sağlık harcaması olarak kabul edilen ve yine poliçe geçerlilik döneminde ödeme talep edilen giderlerinde, grup yetkilileri onayı ile kullanılmak üzere tüm grup için toplam poliçe priminin 2,4%'ü ile limitli Havuz Teminatı mevcuttur. Bu teminat, poliçe bitiş tarihinden sonra kullanılamaz. Havuz Teminatı tüm alt gruplar için ortak limittir
4. Bebeğin doğduktan sonra prematürite ile ilgili ortaya çıkan rahatsızlıklarına ilişkin giderleri (küvöz masrafları dahil) için toplam yıllık 85.000 TL turarında tüm grup için geçerli ortak havuz teminatı verilmiştir. Bu teminatın kullanımı ..... yönetiminin yazılı olarak onaylaması koşulu ve elden ödeme olarak gerçekleşecektir.
5. "İşitme Cihazı" teminatı teminat tablosunda belirtilen limit ve katılım payı oranı ile kapsam içerisindedir.
6. Ayakta Tedavi Limitlerinin bitmesi durumunda, ..... Grubu IK Departmanı yetkili kişilerinden gelecek yazı doğrultusunda kullanılacak olan 34.000 TL havuz teminatı mevcuttur.
7. ..... tarafından ismi bildirilecek 600 sigortalı için dar kapsamlı check-up paketi, 100 sigortalı içinde geniş kapsamlı check-up paketi verilmiştir. Check-up İçerikleri aşağıdaki gibidir.

metin, ekran görüntüsü, sayı, numara, siyah beyaz içeren bir resim

Açıklama otomatik olarak oluşturuldu

1. Vücut Kitle İndeksi (VKİ) (Beden Kitle Endeksi) ile ilgili limit, ek prim uygulaması bulunmamaktadır.
2. Geriye dönük sigortalı iptal bildirimlerinde talep edilen çıkış tarihinden sonra sigortalı/ların tazminat kullanımı olması halinde; iyi niyet prensibi çerçevesinde sigorta şirketi değerlendirmesi ile çıkış işlemi tazminat kullanım tarihinden bir sonraki gün itibari ile gün esaslı olarak yapılacak olup tazminat tutarı sigortalı veya sigorta ettirenden mahsup edilmeyecektir.
3. Tüm sigortalılar için geçerli olmak üzere SenCard Dental Network’te yer alan kurumlarda geçerli olması şartı ile Dental Check-up Diş paketi verilmiştir.

Paket İçeriği; Kapsamlı Muayene, Diş Röntgen filmi, Teşhis ve Tedavi Planlama, Oral Hijyen Eğitimi

Paket Açıklaması; Paket içeriğindeki işlemlerin her biri için ''1'' adet kullanım hakkı bulunmaktadır. Diş Tedavi Paket Teminatlarından faydalanabilmek için 0850 203 86 09 numaralı Sağlıklı Yaşam Merkezi’ne başvurunuz.

Sencard Dental Uygulaması: Sigorta Şirketi'nın güncel olarak Diş Sağlığı Ürünü anlaşmalı olduğu kurumlar çerçevesinde geçerlidir. Müşterilerimiz senCard Sağlıklı Yaşam Hattı (0850 203 86 09) üzerinden Sağlıklı Yaşam Danışmanlarını arayarak randevularını kolayca oluşturup, hizmetten faydalanabilirler. Randevu taleplerinde değişiklik ve iptal olması halinde sigortalının en az 24 saat öncesine kadar senCard Sağlıklı Yaşam Hattı (0850 203 86 09) arayarak bilgi verilmesi gereklidir. Randevuya gidilmemesi ve tarafımıza bilgi verilmemesi halinde sigortalının Diş hizmeti yıllık hakkı kullanılmış sayılır.

1. “VIP” statüsündeki sigortalıların, VIP kişilerin isim listesinin poliçe tanzimi sırasında Acıbadem Sigorta’ya bildirilmesi şartı ile, doktor muayene ve/veya doktor muayene faturası hariç 850,00 TL.’ye kadar olası diğer ayakta tedavi faturalarında TTF (Tazminat Talep Formu) talep edilmeyecektir.
2. Koroner Anjiyografi Yatarak Tedaviden Ödenir.
3. Vefat Etmiş Personel, Bağımlılar Ve Vefat Eden Personelin Bağımlılarının Poliçe Kapsamından Çıkışı Vefat Tarihi İtibarıyla Yapılır. Ancak, Vefat Eden Personelin Bağımlıları Sigorta Ettirenin Yazılı Onayının Olması Halinde Poliçe Bitiş Tarihine Kadar Poliçe Kapsamında Kalabilecektir. Ferdi Katılımlı Poliçelerde Primi Ödeyen Personelin Vefat Etmesi Durumunda, Mevcutta Prim Borcu Var İse Kanuni Varisleri Tarafından Prim Borcunun Ödenmesi Şartı İle Devamı Sağlanacaktır.
4. Ayakta Tedavide Elden Ödemeli Kurumlarda Ayakta Tedavi Limiti Geçerlidir.
5. Diş Tedavi Teminatı verilen planlar teminat tablosunda belirtilen limit ve katılım payı oranı ile değerlendirilir.
6. Tüm sigortalılar için geçerli olmak üzere SenCard Dental Network’te yer alan kurumlarda geçerli olması şartı ile Wellness Diş paketi verilmiştir.

Paket İçeriği; Kapsamlı Muayene , Vitalite Kontrol, Diş Taşı Temizliği, Polisaj/Diş cilası

Paket Açıklaması; Paket içeriğindeki işlemlerin her biri için ''1'' adet kullanım hakkı bulunmaktadır.Diş Tedavi Paket Teminatlarından faydalanabilmek için 0850 203 86 09 numaralı Sağlıklı Yaşam Merkezi’ne başvurunuz.

Sencard Dental Uygulaması: Sigorta Şirketi'nın güncel olarak Diş Sağlığı Ürünü anlaşmalı olduğu kurumlar çerçevesinde geçerlidir. Müşterilerimiz senCard Sağlıklı Yaşam Hattı (0850 203 86 09) üzerinden Sağlıklı Yaşam Danışmanlarını arayarak randevularını kolayca oluşturup, hizmetten faydalanabilirler. Randevu taleplerinde değişiklik ve iptal olması halinde sigortalının en az 24 saat öncesine kadar senCard Sağlıklı Yaşam Hattı (0850 203 86 09) arayarak bilgi verilmesi gereklidir. Randevuya gidilmemesi ve tarafımıza bilgi verilmemesi halinde sigortalının Diş hizmeti yıllık hakkı kullanılmış sayılır.

1. Robotik cerrahi ile yapılan Ameliyatlarda sigortalının Robotik Cerrahi olmadan getirecek olduğu Ameliyat bedeli kadar ödeme yapılır. Poliçe kapsamında ödenmeyen robot giderleri vaka başına teminat tablosunda belirtilen limit ile değerlendirilir.
2. 01.01.2024 poliçe tarihi ve sonrasında doğacak bebekler için geçerli olmak üzere; grup sağlık sigorta sözleşmesindeki koşulları sağlayan yeni doğan bebekler “Bupa Bebeği” hakkı elde edecektir.
3. Yurtdışı tedavi giderleri teminat tablosunda belirtilen limit ve katılım payı oranı ile kapsam içerisindedir.

|  |
| --- |
|  |
| EK.3 Muvafakatname Örneği |

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("Kanun") kapsamında kişisel verileriniz ve kişisel sağlık verileriniz, sigorta teklifleri ve sigorta sözleşmeleri kapsamında Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş. ("Sigorta Şirketi" veya “Şirketimiz”) tarafından Veri Sorumlusu sıfatıyla, poliçe ve sözleşme gereğinin ifa edilebilmesi, risk değerlendirmesi yapılabilmesi, sigorta primlerinin belirlenebilmesi, tahsilat yapılabilmesi, tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi ve ödeme yapılabilmesi, sigortacılık ürün ve hizmetlerinin, avantaj veya kampanyaların sunulabilmesi, bilgilendirme, tanıtım, pazarlama ve satış da dahil olmak üzere her türlü iletişimin sağlanması ve bu amaçlarla ticari elektronik ileti gönderilebilmesi, sigorta poliçesi kapsamındaki yükümlülüklerinin ifa edilebilmesi, işlem yapanın/yaptıranın kimliğinin tespit edilebilmesi, senCard uygulamasının aktive edilebilmesi ve kullandırılabilmesi, elektronik ortamda veya basılı olarak kayıt ve belge düzenlenebilmesi, mevzuatta öngörülen evrak saklama, raporlama ve bilgilendirme yükümlülüklerinin yerine getirilebilmesi ve istatistiksel amaçlarla işlenebilecektir.

İşlenen kişisel verileriniz;

**i.** doğrudan sigortalıdan ya da sigorta ettiren aracılığıyla veya

**ii.** açık rızanız olması halinde Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve kamu kurum ve kuruluşları, özel ve resmi sağlık kurumları, eczaneler, laboratuvarlar, hekim ve diğer ilgili üçüncü kişiler/kurumlar vasıtasıyla sözlü, yazılı veya elektronik ortamda, tamamen veya kısmen otomatik olan ya da herhangi bir veri kayıt sisteminin parçası olarak otomatik olmayan yollarla temin edilebilecektir.

Kişisel sağlık verileriniz Kanun’un 6'ncı maddesinde belirtilen, "Açık rıza" ve Kişisel verileriniz ise Kanun’un 5'inci maddesinde belirtilen, "Açık rıza", "Kanunlarda açıkça öngörülmesi", "Bir sözleşmenin kurulması veya ifasıyla doğrudan doğruya ilgili olması kaydıyla, sözleşmenin taraflarına ait kişisel verilerin işlenmesinin gerekli olması", "Veri sorumlusunun hukuki yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için zorunlu olması", "Bir hakkın tesisi, kullanılması veya korunması için veri işlemenin zorunlu olması" ve "İlgili kişinin temel hak ve özgürlüklerine zarar vermemek kaydıyla, veri sorumlusunun meşru menfaatleri için veri işlenmesinin zorunlu olması" hukuki sebeplerine dayanılarak;

Kanun’da öngörülen ve yukarıda sayılan temel ilkelere uygun olarak;

1. Mevzuattan kaynaklanan yükümlülüklerin ve yasal bildirimlerin yerine getirilmesi, yasal takip süreçlerinin yürütülmesi,
2. Poliçe düzenleme öncesi gerekli bilgilerin toplanması, analizi, değerlendirilmesi, teklif hazırlanması, poliçe onayı, reddi, tanzimi, yenilenmesi, zeyil yapılması, eş, çocuk ve ilgililerin poliçeye dâhil edilmesi,
3. Sağlık sigortası ve seyahat sigortası poliçe ve teklif çalışmalarının yapılması, tanzimi, yenilenmesi, tahsilat süreçlerinin yönetimi, prim ve komisyonların ödenmesi, geliştirme çalışmalarının yapılması,
4. Sağlık tazminat ihbarlarının temini, incelenmesi, değerlendirilmesi, neticelendirilmesi, ödemelerin yapılması,
5. Rücu taleplerinin yapılması, değerlendirilmesi ve karşılanması,
6. Risk analizi ve yönetimi,
7. Stratejik iş birlikleri süreçlerinin yönetimi,
8. Reasürans ve koasürans süreçlerinin yönetimi,
9. Aleyhe açılan davalara ve/veya sağlık tazminat ihbarlarına ilişkin cevap verilmesi amacıyla verilerin paylaşımı,
10. Pazarlama amacı taşımayan; hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyetinin ölçümlenmesi, asistans hizmetlerinin takibi ile değerlendirilmesi, şikâyet yönetimi, anket çalışmalarının yapılması, ex-gratia hizmetlerinin sağlanması,
11. Gelen aramaların kayıt altına alınması, kayıtların hizmet kalitesinin arttırılması amacıyla kullanılması,
12. Çeşitli raporlamalar yapılması ve
13. Mevzuattan kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirmek maksadıyla Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Masak gibi kamu kurum ve kuruluşlar ile yargı mercilerine aktarılması gerekçeleriyle işlenmektedir.

Açık Rızanız bulunması durumunda;

1. Poliçe yapılması aşamasında sağlık verilerine ilişkin uzman görüşü alınması, geçmiş sağlık tazminatlarına dair araştırması yapılması, sağlık verilerinin risk değerlendirmesi için saklaması ve kullanılması,
2. Poliçe risk değerlendirmesinin yapılabilmesi, poliçe teklifinin oluşturulabilmesi için ve Sigorta Şirketi’nin sigortacılık mevzuatından kaynaklanan yükümlülüklerini gereği gibi yerine getirebilmesi amacıyla Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve kamu kurum ve kuruluşları, özel ve resmi sağlık kurumları, eczaneler, laboratuvarlar, hekim ve diğer ilgili üçüncü kişiler/kurumlar vasıtasıyla sağlık verilerinin temin edilmesi,
3. Kampanyalar oluşturulması da dâhil pazarlama operasyonlarının yürütülmesi, çapraz satış yapılması,
4. Aleyhe açılan davalara ve/veya sağlık tazminat ihbarlarına ilişkin sağlık verilerinin medikal firmalar ve ilgili taraflarla paylaşımı,
5. Anket çalışmaları, pazar araştırması yapılması,
6. Yukarıda maddeler halinde sayılan durumların Kanun madde 5/2, madde 6/3, madde 28 ve benzer istisna hallerine girmemesi hallerine ilişkin amaçlar ve benzeri amaçlarla işlenmekte, işlenme amacıyla uygun süre zarfında fiziksel veya elektronik ortamda güvenli bir şekilde saklanmaktadır. Söz konusu faaliyetler kapsamında Şirketimizce kişisel verilerin korunmasına ilişkin olarak Kanun başta olmak üzere ilgili tüm mevzuatta öngörülen yükümlülüklere uygun hareket edilmektedir.

Sigorta Şirketi tarafından hukuka uygun olarak işlenen kişisel verileriniz Sigortacılık Kanunu ve diğer mevzuat hükümlerinin izin verdiği ölçüde, sigortacılık faaliyetlerimizi yürütmek (bu sayılanlarla sınırlı olmamak üzere, poliçe düzenlemek, sigorta primlerini belirlemek, taleplerinizi yönetmek, yenileme teklifi yapmak, riskleri reasüre etmek, sigorta ettirene bilgilendirme yapmak ve benzeri), riskleri ve suiistimalleri önlemek, kimliğinizi doğrulamak, ürün ve hizmetlerimizi iyileştirmek, koasürans süreçlerinin yönetimini yapmak, sigorta ettirenin taleplerini karşılamak, müşteri memnuniyetini ölçmek, bu kapsamda gerekli araştırma faaliyetlerini yapmak amacıyla; Şirketin Bölge Müdürlüklerine, acentelere, brokerlere, iş ortaklarına/stratejik iş ortaklarına, iştiraklerine, kamu kurumlarına (Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu ve ilgili mevzuat kapsamında paylaşım yapılması gerekli Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi) sağlık harcamaları yönetimi hizmeti alınan firmalara, aracılara, anlaşmalı aktüere, medikal danışmana, anlaşmalı kurumlara, asistans firmalara, bilirkişilere, diğer sigorta şirketleri ile reasürans şirketlerine, destek hizmeti alınan firmalara, bağımsız denetim şirketlerine, kurumsal müşteri çalışanı sigortalılar açısından sigorta ettirenin talebi olması halinde sigorta ettiren İnsan Kaynakları ve/veya ilgili birimine ve çeşitli hukuki ve sözleşmesel yükümlülüklerimiz sebebiyle diğer üçüncü kişilere açıklanabilecek/aktarabilecektir.

İşbu Aydınlatma Metninde sayılan hususlarda ilgili kişinin açık rıza vermemesi nedeniyle, işlenemeyen sağlık verileri nedeniyle, ilgili kişinin Bupa Acıbadem’den almak istediği/alacağı sigortacılık hizmeti ve/veya diğer hizmet sunumları kapsamında meydana gelebilecek aksaklık ve zararlardan (doğru sağlık ve risk değerlendirilmesi yapılamaması, daha uygun prim teklifi yapılamaması ve/veya teminat dahili ve harici hususların sağlıklı belirlenememesi, provizyon talebinin onaylamaması vb. nedenlerle) Sigorta Şirketi sorumlu olmaz.

**Yurt dışına aktarım:** Sigorta Şirketi tarafından Kişisel Verileriniz yurt dışına aktarılmamaktadır. Ancak aktarımının gerekmesi halinde, kişisel verilerin yurt dışına aktarılmasına ilişkin olarak, Kanun’un 9. maddesi doğrultusunda veri sahibinin açık rızası aranmaktadır. Ancak, özel nitelikli kişisel veriler de dâhil, kişisel verilerin veri sahibin açık rızası olmaksızın işlenmesine izin verilen şartların varlığı halinde;

* kişisel verinin aktarılacağı yabancı ülkede, yeterli korumanın bulunması,
* aktarım yapılacak olan ülkenin, Kişisel Verileri Koruma Kurulu (“Kurul”) tarafından belirlenecek olan yeterli korumanın bulunduğu ülkeler arasında yer almaması durumunda, Sigorta ve ilgili ülkedeki veri sorumlusu/veri işleyen tarafından yeterli korumayı yazılı olarak taahhüt edilmiş olması ve/veya
* aktarım yapılacak tarafın Kurul tarafından uluslararası veri aktarımlarında kullanılmak üzere diğer bir yöntem olarak belirlenmiş olan “Bağlayıcı Şirket Kuralları” yükümlülüğünü sağlayan ve yine Kurul tarafından onaylanmış olması kaydıyla veri sahibinin açık rızası aranmaksızın da Sigorta Şirketi tarafından kişisel veriler yurt dışına aktarılabilecektir.

Kişisel verilerinizin yurt dışına aktarımını gerektiren bir durum olması hâlinde; Sigorta Şirketi tarafından mutlaka öncelikle tarafınızla iletişime geçilerek, konu hakkında tarafınıza aydınlatma yapılacak ve açık rızanız sorulacaktır.

**Haklarınız:** Kanun'un "ilgili kişinin haklarını düzenleyen" 11’inci maddesi uyarınca; bize yazılı olarak başvurarak kişisel verilerinizin,

* Işlenip işlenmediğini öğrenme,
* Işlenmişse bilgi talep etme,
* Yurt içinde/yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
* Eksik/yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme, Kanun’un 7’nci maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini/yok edilmesini isteme,
* Kanun’un 11’inci maddesinin (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
* Kanun’a aykırı olarak işlenmesi veya münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme ve
* Kanun’a aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme hakkına sahipsiniz.

Bu haklarınız kapsamındaki soru ve taleplerinizi, www.bupaacibadem.com.tr//kvkk web adresindeki başvuru formunu doldurmak suretiyle; kimliğinizi tevsik edici belgeler ile;

1. Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e göre, Piazza Ofis, Cevizli Mah. Tugay Yolu Cad. No:69A İç Kapı No:53 Maltepe / İSTANBUL adresine şahsen yazılı olarak,
2. Noter vasıtası ile Piazza Ofis, Cevizli Mah. Tugay Yolu Cad. No:69A İç Kapı No:53 Maltepe / İSTANBUL adresine başvuru yaparak ya da
3. Güvenli elektronik imzanız ile imzalayarak [kvkk@bupaacibadem.com.tr](mailto:kvkk@bupaacibadem.com.tr) adresine göndererek **Bupa Acıbadem Sigorta AŞ’y**e iletebilirsiniz.

Başvurunuzda yer alan talepleriniz, talebin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç 30 gün içerisinde ücretsiz olarak sonuçlandırılacaktır. Ancak işlemin Bupa Acıbadem Sigorta için ayrıca bir maliyet doğurması hâlinde; Kişisel Verilerin Korunması Kurulu tarafından belirlenecek tarifedeki ücret talep edilebilecektir.

Daha detaylı bilgilere **www.bupaacibadem.com.tr//kvkk** web adresinden ulaşabilirsiniz.

Lütfen detaylı aydınlatma metnini okuduktan sonra, açık rıza kısmına geçiniz.

**AÇIK RIZA ONAY METNİ**

Kişisel Verilen İşlenmesi Hakkında Aydınlatma Metni’nde yer alan bilgilendirme doğrultusunda, kişisel verilerimin ve özel nitelikli kişisel verilerimin Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş. tarafından websitesinde sayılı amaçlarla sınırlı olmak üzere işlenmesini

* Onaylıyorum
* Onaylamıyorum

**Tarih:**

**Not:** Verilerinizin Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş. tarafından yukarıda verilen aydınlatma metni kapsamında işlenmesine açıkça rıza gösteriyorsanız lütfen yukarıdaki metni iradeniz doğrultusunda tamamlayınız.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu gereği bu formda bulunan "Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma Metni'ne" 18 yaş üstü her sigortalı adayından onay alınması gerekmektedir. 18 yaş altı sigortalı adayı için ise ebeveynlerinden birinin onayı gerekmektedir. KVKK onayının Sms ile dijital olarak alınması halinde, ilgili kişi için imzanın ayrıca alınmasına gerek bulunmamaktadır.

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