

Acn**TURK** S İ G O R T A

Acn SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta ile, AcnTURK Sigorta A.Ş. (bundan sonra "Sigortacı" olarak anılacaktır), Sigortalı'nın sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarına ait sigorta süresi içinde gerçekleşen sağlık giderlerini, Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe'de belirtilen teminatlar, limitler, ödeme yüzdesi ve muafiyetleri doğrultusunda güvence altına almaktadır.

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

2. TANIMLAR

Sigortacı

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

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

Sigortalı

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

Sigorta Ettiren

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

Poliçe

Sigortacı tarafından özel bir format çerçevesinde düzenlenmiş olup, poliçesine ilişkin vade, özel ve genel şartlar, limitler, istisnalar gibi hususlar ile uygulama bilgileri ve ödeme koşullarını içeren; eğer koşullar gerçekleşmişse teminatların belirlenen limitler dahilinde ödenmesini garanti altına alan belgedir.

Plan

Plan, teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında sigorta şirketinin ödeme yüzdesini veya Sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki bilgidir.

Özel Şartlar

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

Genel Şartlar

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

Genel Sağlık Sigortası (GSS)

31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98. maddesine dayanılarak hazırlanan ve bu kanunun 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü

olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

SBM

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

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

HAYMER (Hayat Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi)

TRAMER (Trafik Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi)

SAGMER (Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi)

HATMER (Sigorta Hasar Takip ve Gözetim Merkezi)

AcnTURK Müşteri Hizmetleri

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

Kadrolu Doktor

İlgili il Sağlık Müdürlüğü’ne Sağlık Kurumu tarafından bildirilen ve Sağlık Kurumu’nun tam ve yarı zamanlı çalışanı durumunda bulunan sağlık kurumu ile sigorta şirketi arasında kurulan anlaşma şartlarını kabul etmiş doktordur.

Teşhis

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

Tedavi

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

Hastalık

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

Rahatsızlık

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

Doğuştan Gelen Hastalık (Konjenital Hastalık)

Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır.

Mevcut Hastalık/Rahatsızlık

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

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.

Acil Durumlar:

- Akut Miyokard Enfarktüsü
- Ani Felçler
- Ani ve Dışarıdan Harici Bir Hadise Nedeniyle Meydana Gelebilecek Kaza ve Yaralanmalar
- Apandisit
- Beyin Apsesi
- Ciddi Genel Durum Bozukluğu
- Ciddi İş Kazası
- Darbeye Bağlı İç Organ Zedelenmesi
- Diabetik ve Üremik Koma
- Donma
- Eklampsi Tanısı Alınmış Olması Halinde, Gebelik Zehirlenmesi
- Elektrik Çarpması
- Ensefalit (Beyin İltihabı)
- Epilepsi Krizi
- Evcil-Vahşi Hayvanların Ciddi Cerrahi Müdahale Gerektiren Isırıkları
- Gebelik Düşüklerine Bağlı Jinekolojik Hormonal Kanamalar Hariç Her Türlü İç Organ Kanaması
- Hayati Tehlike Arz Eden İlaç veya Diğer Madde Zehirlenmeleri
- Hipertansiyon Krizleri
- Her türlü 2. ve 3. Derece Yanıklar
- Menenjit
- Mide Perforasyonu
- Renal Kolik
- Sinir Kopması
- Soğuk veya Sıcak Çarpması
- Solunum Yollarında Yabancı Cisim Bulunması Sonucu Oluşan Akut Solunum Problemleri
- Suda Boğulma
- Tahriş Edici Gazların Teneffüsü
- Tahriş Edici Maddelerden Oluşan Ciddi Göz Yanmaları
- Trafik Kazası
- Travmaya Bağlı Her Tip Sütur Gerektiren Cilt Kesikleri
- Travma Sonucu Oluşan Masif (Yoğun) Kanamalar
- Travma ve / veya Kaza Sonucu Oluşan Ani ŞuurKaybına Neden Olan Her Türlü Durum

- Tüm Kırık ve Çıkıklar
- Uzun Kopmaları
- Yılan, Akrep veya Örümcek Sokması Sonucu Oluşan Ciddi Alerjik Tablolar
- Yüksek Ateş (38,5 derece ve üzeri)
- Yüksekten Düşme (İntihara Teşebbüs Hariç)

Azami İyi Niyet Prensibi

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

Komplikasyon

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

Konjenital Hastalık

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

Kronik Hastalık

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

İstisna

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

Katılım Payı

Sigorta sözleşmesi ekinde verilen teminat tablosunda belirtilen tutar ya da oranda, kabul edilebilir sağlık gideri üzerinden hesaplanan, Sigortalı'nın üstleneceği miktarı ifade eder.

Limit

Sigortalının teminat kapsamında bulunan ve işbu özel şartlara göre ödemeyi üstlendiği maksimum, kabul edilebilir sağlık giderini ifade eder.

Kabul Edilebilir Sağlık Gideri

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

Kaza:

Ani, beklenmeyen, istenmeyen, önceden engellenemeyen veya planlanamayan olaylar ve bu olaylardan kaynaklanan hastalık veya yaralanmalardır.

Sağlık Gideri

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları'na göre teminat kapsamında olduğu tespit edilen, sigorta süresi içerisinde gerçekleşen, Sigortalı'nın Tıbbi Gereklilik koşuluna uygun olan, Doktor tarafından yazılı olarak planlanan tetkik ve/veya tedavi işlemlerine ait giderleri ifade eder.

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 şekilde yorumlanamaz. Uyuşmazlık durumlarında Tıbbi Gereklilik, Sigortacı'nın Referans Doktoru tarafından belirlenmektedir.

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 Veritabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Türk Dış Hekimleri Birliği Tarifesi (TDB) gibi)

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)

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

İlave Ücretler

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

Sağlık Kurumu

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

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

a. Anlaşmalı Sağlık Kurumu (Network)

AcnTURK Sigorta'nın sözleşme yapmış olduğu sağlık kurumları ile kurum bünyesinde kadrolu olarak çalışan ve AcnTURK Sigorta sözleşme şartlarını kabul eden doktorları ifade eder.

Anlaşmalı kurumların listesi, www.AcnTURK.com.tr adresli web sayfasında güncel hali ile sunulmaktadır. Sigorta şirketinin anlaşmalı kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

b. Anlaşmasız Sağlık Kurumu

Sigorta ettirenin, poliçede tercih etmiş olduğu Network dışında yer alan veya Sigortacı ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarını ifade eder.

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

Tazminat

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

a. Provizyon / E- Provizyon

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

Sigorta Ettirenin tercih etmiş olduğu Network'te yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavileri için karşılanıp karşılanmayacağını gösterir, Sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur. Bu değerlendirme sağlık giderinin gerçekleştiği/ gerçekleşeceği tarihte yürürlükte sağlık poliçesi olması şartıyla geçerlidir. Tazminat talebi sırasında verilen provizyon/e-provizyon son onay olmamakla beraber, Sigortacı tahakkuk aşamasında değerlendirme yaparak gerek teminat gerek ödeme bakımından farklı bir şekilde karar verebilir. İleriye yönelik alınacak olan provizyon/e-provizyonlarda Poliçe Özel ve Genel Şartları'nda yer alan hakların kullanılabilmesi için tazminat değerlendirme tarihi esas alınır.

b. Anlaşmalı Kuruma Ödeme

Sigortalının poliçesi kapsamındaki teminatları için anlaşmalı sağlık kurumlarında Sigortacı'dan onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderlerinin sigortalı adına anlaşmalı sağlık kurumuna ödenmesidir.

c. Sigortalıya Ödeme

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

Deneysel veya Araştırma Amaçlı İşlem

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.

Plan

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

Teminat

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

Katılım Payı

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

SGK Katılım Payı

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

Prim

Şirketin verdiği teminatlar karşılığında sigorta ettirenin ödemesi gereken ücrettir.

a. Sağlık Tarife Primi

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

b. Sağlık Primi

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

c. Sağlık Net Primi

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

d. Toplam Poliçe Primi

Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu, sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

e. Hastalık Ek Primi

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

Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlığı

37.haftadan erken doğan bebekler ve/veya 2.500 gr altında doğum ağırlığına sahip yeni doğan bebekler.

Referans Doktor

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

Teklifname

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

Zeyilname

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

Poliçe Başlangıç Tarihi

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

Poliçe Bitiş Tarihi

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

Poliçe Tanzim Tarihi

Poliçenin düzenlendiği tarihtir.

Sigorta Başlangıç Tarihi

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

Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

Başvuru ve Bilgilendirme Formları ile poliçede yer alan Sigorta Ettiren ve sigortalılara ait, ev ve/veya iş adresleri, ev, iş ve/veya cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder.

Kazanılmış Hak

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

Yurtdışı Sağlık Kurumu:

T.C. sınırları dışında hizmet veren, ilgili ülke mevzuatınca sağlık kurumu özelliği taşıyan hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, eczane gibi kurumlardır.

3. TEMİNATLAR

Aşağıda yer alan 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.

3.1 Yatarak Tedavi Teminatı

Sigortalılar poliçede belirtilen network, teminat kapsamı, teminat limitleri, muafiyeti, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında faydalanabilecektir.

Ameliyat, Medikal Tedavi/Dahili Yatış, Yoğun Bakım, Kemoterapi Radyoterapi Diyaliz Tedavi ve Tetkikleri, Trafik Kazası Sonrası Dış Tedavi, Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem Tedavi, Preop Tetkik, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Evde Bakım ve Tedavi ile Ambulans giderleri "Yatarak Tedavi Teminat" limiti ve ödeme yüzdesi kapsamındadır.

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 Özel Şartlar'a tabi olmak şartıyla,
- Hastanede yatarak tedavi gören sigortalı için işbu teminat, anılan yatış ve ilişkin olduğu hastalık ve/veya rahatsızlığın tedavisi, poliçe bitiş tarihinden itibaren 15 güne kadar devam eder. bu süre, hiçbir şekilde poliçe bitiş tarihinden itibaren 15 günü geçemez.

3.1.1. 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, kalp pili, 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), meme kanseri ve kaza sonucu estetik ameliyatlar bu teminat kapsamındadır.

Koroner anjiyografi masrafları, ESWT/ESWL (şok dalga tedavisi) giderleri, Mol Hidatiform, Dış Gebelik operasyon giderleri ile meme kanseri ve kaza sonucu estetik ameliyatları bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Ameliyata hazırlık için yapılan rutin pre-op laboratuvar tetkikleri dışında yapılacak olan ek tetkikler ameliyattan önce sağlık kurumuna yatışı yapılmış olsa dahi, poliçede varsa Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında işleme alınır. Tetkik amaçlı hastane yatış masrafları bu teminat kapsamı dışındadır. Doktor muayeneleri veya ameliyathane ruhsatı olmayan sağlık kurumlarında yapılan işlemler, poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Tedavinin doktor tarafından uygun görülen Robotik Cerrahi yöntemi ile yapılması ve robotik cerrahinin ilgili tanıda Sigortacı tarafından onaylanması durumunda, robotik cerrahi farkı (robotik cerrahiye özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri, operatör doktor ücreti farkı vb) Poliçe'de belirtilen Robotik Cerrahi teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Sigortalıların, acil tıbbi durumlar haricinde planlanmış ameliyatları için ameliyatı yapacak olan doktor tarafından doldurulacak Acn SAĞLIK Sigortası Hasta Bilgi Formu 'nu, 48 saat öncesinden Sigortacı'ya göndermesi gerekmektedir.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, "Sağlık Hizmet Tarifesi"nde değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak 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.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda, Kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tetkik ve tedavi işlemleri için ödenecek ücret, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nun Sigortacı ile sözleşmesi gereği kadrolu doktoruna ödenecek tutar ile sınırlı olup, poliçede belirtilen Anlaşmasız Kurum limitleri dahilinde ödenecektir.

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

- Yaşam boyu 750 gün,
- 1 (bir) yıllık sigorta süresi içinde 200 gündür.

Normal oda yatışları 1 (bir) gün, yoğun bakım yatışı ise 2 (iki) gün üzerinden hesaplanarak, toplam sağlık kurumunda yatış süresinden düşülür. Sigorta süresi içinde 200 gün ve yaşam boyu 750 gün limitinin

üzerindeki sağlık kurumunda yatışlarla ilgili yatarak tedavi teminatı kapsamında değerlendirilen tüm giderler kapsam dışıdır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış olan sigortalılarda yaşam boyu gün limiti olan 750 günü aşan tedaviler için;

- Yatarak tedavi teminatı kapsamındaki tüm yatış gerektiren hizmetler için (doktor ücretleri, yapılan tüm tetkikler oda-yemek, refakatçi vb) giderleri için günlük TTB-HUV'daki doktor takip ücreti ile sınırlıdır.
- Ameliyat gerektiren hizmetler için ise, tüm ameliyat bedeli olarak ilgili ameliyatın operatör ücretlerinin %30'u ile sınırlı olmak kaydıyla karşılanır.

3.1.2. Hastanede Tedavi Teminatı

Tedavinin ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda, tedavinin doktor ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak tedavi giderleri, bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

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, trafik kazası tespit tutanağı ve doktor raporu ile belgelenmek kaydıyla, sadece trafik kazası sonucu oluşan başvurularla ilgili sağlık giderleri, sigortalanması şartı ile yeni doğan bebeğin fizyolojik sarılık tedavisi ve fototerapi ile ilgili giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.1.3. Küçük Müdahale Teminatı

Türk Tabipleri Birliği'nin yayımladığı HUV (Hekimlik Uygulamaları Veritabanı) tarifesinde belirtilen ve 199 birime kadar (199 birim dahil) olan küçük müdahaleler ile pansuman, tüm enjeksiyon uygulamaları, serum takılması, kulak yıkama, her türlü alçı uygulaması (199 birimin üzerinde olanlar dahil), oksijen verilmesi, apse drenajı, mide yıkama, lavman, sonda takma, tırnak çekme, her türlü koterizasyon, endometrial küretaj, probe küretaj, fraksiyonel küretaj ve tedavi amaçlı olsa da dilatasyonlu küretaj, krioterapi uygulaması, her türlü ağrı tedavisine yönelik girişimler ve derinin tüm iyi huylu tümörlerinin, büyüklüğüne ve sayısına bakılmaksızın çıkarılması gibi tüm küçük müdahaleler tedavinin gerekli olduğunu gösterir doktor raporu ile belgelenmesi koşulu ile Poliçe'de belirtilen teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

3.1.4. Yatış /Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi

Sigortalı'nın Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi teminatları kapsamında karşılanan bir kaza veya hastalığına ilişkin ameliyat veya yoğun bakım yatışı sonrasında tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın poliçede belirtilen "Yatış/Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Poliçe yılı içinde tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir. Sadece fizik tedavi sebebi ile uzayan yatışlarda fiziktedavi dışındaki giderler karşılanmaz.

3.1.5. Rehabilitasyon

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 vb) ödenmektedir.

3.1.6. Evde Tıbbi Bakım ve Tedavi

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

Sigorta süresi içinde, bu teminat kapsamında en fazla 8 haftaya kadar ödenir ve bu süre, işbu Özel Şartlar'ın "Ameliyat" Teminatı maddesinde tanımlı sigorta süresi içindeki yatış süresi olan 200 günden düşülür.

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

3.1.7. Suni Uzuv/ Protez

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir Kaza veya Hastalık sonucu kaybolan uzvunu yerine koyma amacıyla takılan protezler ile bu protezlerin bakımları ve vücuda implante edilen cihazlardan; PCA, koklear implantlar, insülin pompası ve gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi ve Sigortacı'nın onaylanması koşulu ile poliçede belirtilen "Sunı Uzuv" teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Sunı uzuv yerine koyma işleminin veya bakımının ilgili poliçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir.

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

3.1.8. Yardımcı Tıbbi Malzeme

Sigorta başlangıç tarihinden sonra Kaza veya Hastalık sonucu meydana gelen ve poliçe Özel Şartları gereği teminat kapsamında uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel (orthez, brace, aktif ankle, bon spur ped), walker, elastik bandaj, kol askısı, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, oturma simidi, koltuk değneğinden ibaret tıbbi malzemeler, aerochamber ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.1.9. Ambulans

Sigortalı, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna karayolu ile nakli için "AcnTürk Müşteri Hizmetleri" ni araması koşulu ile bu hizmetin verilebildiği bölgelerde "Ambulans" teminatından yararlanır. Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, Sigortacı'ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve Sigortacı'nın onayı ile hasarın gerçekleştiği ülke sınırları dahilinde hava veya deniz ambulans hizmeti Sigortacı tarafından verilir. Uluslararası ambulans taşıma hizmeti kapsam dışıdır.

Hava ambulansı T.C sınırları içinde geçerlidir.

3.1.10. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi ile Tetkikleri

Kanser tanısı nedeni ile yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile diyaliz tedavi giderleri (hastane, ilaç, doktor ücreti ve venöz port açılması) poliçede belirtilen "Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz" teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonlarının takibi için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler poliçede belirtilen "Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. "Kemoterapi, Rad- yoterapi, Diyaliz Tetkikleri" teminat limitinin aşılması durumunda bu tetkik giderleri, poliçede yer alması halinde Ayakta Tedavi Teminatı limitleri doğrultusunda değerlendirilir.

Hepatit C tedavisinde kullanılan "interferon alpha" etken maddeli ilaçlar (Roferon-A ya da Intron-A) ve "peginterferon alpha" etken maddeli ilaçlar (Pegasys ya da Peginteron) kemoterapi teminatından ödenir.

Türkiye'de ruhsat almamış olan kemoterapi ilaçların Sigortalı'nın mevcut sağlık durumu için FDA/ Sağlık Bakanlığı onaylı ve Türkiye'ye yasal yollarla getirilmesi (Türk Eczacılar Birliği aracılığı ile) halinde ilgili masraflar Poliçe'de belirtilen Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz" teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Anlaşmalı bir sağlık kuruluşunda, o sağlık kuruluşunun kadrolu doktoru olmayan bir doktora yaptırılan işlemler, Anlaşmasız Kurum Teminatı limitleri dahilinde ödenir.

3.2 Ayakta Tedaviler

Doktor Muayene, ilaç, Laboratuvar, Görüntüleme ile İleri Tanı Yöntemleri ve Özel Avantajlar Teminatına ait giderler poliçede tercih edilmeleri kaydıyla belirtilen "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri kapsamında karşılanır.

Ayakta tedavi teminatının, SGK kullanılması koşulu ile geçerli olacağı planların seçilmesi durumunda;

- Sigortacı, poliçe süresi içerisinde bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarda SGK ile anlaşmalı branşlarda oluşacak GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için, SUT bedeli üzerindeki giderlerini (ilave ücretleri) poliçede belirtilen Anlaşmalı kurum, Teminat, Limit, Ödeme Yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı İstisnalar, Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar doğrultusunda karşılar.
- Poliçe üzerinde yer alan teminatların kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;
 - Sigortalının almış olduğu poliçesinde geçerli ve Sigortacı'nın Anlaşmalı Kurum listesinde yer alan, SGK ile Anlaşmalı bir özel hastanede tedavi olması,
 - Sigorta Şirketinin Anlaşması olan branşlarda ve SGK ile Anlaşmalı bir doktora tedavi olması,
 - Tedavi talep edilen rahatsızlığın SGK tarafından ödeniyor olması, sigorta poliçesi Özel şartlarına ve sağlık sigortası Genel şartlarına uygun olması gerekmektedir.

3.2.1. Doktor Muayene

Sigortalı'nın bir kaza, rahatsızlık veya hastalık nedeniyle tanı ve tedavisi için doktor tarafından yapılacak muayeneler ile ilgili giderler "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

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.

Anlaşmalı kuruluşlarda kadrolu/kadro dışı geçici zamanlı çalışmayan doktorlar tarafından yapılan muayeneye ait giderler her hâlükârda Sigortalı tarafından ödenecek ve Sigortacı'ya değerlendirilmek üzere gönderilecektir. İlgili faturalar mutlak surette serbest meslek makbuzu ve/veya VUK'a (Vergi Usul Kanunu) uygun olarak düzenlenen POS slibi şeklinde olmalıdır. Sigortacı'nın yapacağı değerlendirme ve hukuki incelemeler sonucu bazı doktor/kuruluşlara ait faturalar için Sigortacı'nın kısmi ödeme yapma ya da ödeme yapmama hakkı saklıdır.

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 (yılda bir kez) ve sıfır (0) ile iki (2) yaş arası çocukların rutin kontrolleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir

3.2.2. Reçeteli İlaç

Doktor tarafından Sigortalı'nın tedavisi için gerekli görülen ve reçetede yazılı T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı farmasötik ürünler (teminat kapsamı içinde bulunan aşılarda dahil) ilaçlar ile ilgili giderler Poliçe Özel Şartları dahilinde kullanımının poliçe süresi içerisinde olması her bir ilaç kalemi için en fazla 30 günlük doz olacak şekilde, "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

Ancak tedaviyi üstlenen doktor tarafından rapor ile sürekli kullanılması gerektiği belirtilen ilaçlar, Poliçe Özel Şartları dahilinde, kullanımının poliçe süresi içerisinde olması ve Sigortacı tarafından onaylanması halinde 90 günlük dozlar halinde reçete edilebilir.

Reçetenin yazıldığı tarihten itibaren en geç 10 (on) gün içinde ilaçlar alınmalıdır. On günlük sürenin aşılması durumunda reçete geçersiz sayılacak ve ödeme yapılmayacaktır.

Ayrıca aşağıda belirtilen aşılarda, poliçede belirtilen "ilaç" teminatı kapsamında karşılanır. Bu aşılarda dışında kalan tüm koruyucu ve tedavi amaçlı aşılarda kapsam dışıdır.

- Çocukluk çağı rutin aşılarda;
 - 0-1 yaş için 3 doz Rotavirüs,
 - 0-2 yaş için 2 doz, 3-6 yaş için 1 doz Meningokok,
 - 0-3 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'er doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, 1'er doz Su Çiçeği, BCG (Verem),
 - 0-9 yaş için 4 doz Pnömonokok, 2 doz Grip aşısı olarak belirlenmiştir.
- Yetişkinlerde aşılarda;
 - 1 doz Hepatit A,
 - 3 doz Hepatit B,
 - 9-26 yaş arası kadınlarda 3 doz HPV (rahim ağzı kanseri)
 - 1 doz Pnömonokok
 - 1 doz Grip aşısı olarak belirlenmiştir.
- Yetişkinler dahil Kuduz ve Tetanoz aşılarda da her yaş grubu için kapsam dahilindedir

Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili olmayan ilaç giderleri, kullanımının poliçe süresi içerisinde olması, Türkiye'ye yasal yollarla getirilmesi (Türk Eczacılar Birliği aracılığı ile) ve Sigortacı'nın onay vermesi koşuluyla, ilgili teminatlar kapsamında karşılanır.

3.2.3. Laboratuvar ve Görüntüleme Teminatı

Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gerekli görülen ve doktorun tetkik isteminde belirtilen kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar tetkikleri ile röntgen (mamografi ve ilaçlı grafiler dahil), ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı yöntemleri, işitme testi ve solunum fonksiyon testi ile ilgili giderler "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır. Bu tanı yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri, ayakta ya da yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamındadır.

Radyoloji uzmanlığına sahip olmayan bir doktorun muayene sırasında kendisinin yaptığı radyolojik tetkiklere ilişkin giderler ödenmez. Tıbbi gereçlerin (CPAP aleti vb.) kalibrasyonu için yapılan işlemler teminat kapsamı dışındadır.

3.2.4. İleri Tanı Yöntemleri

Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gerekli görülen ve doktorun tetkik isteminde belirtilen bilgisayarlı tomografi, eforlu EKG, holter, doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik tetkikler, MR, nükleer tıp, her türlü biyopsiler, Smear-yayma, punch veya iğne biyopsisi gibi yöntemler ile bu belirtilen tanı yöntemleri ile sınırlı kalmamak üzere benzer tanı yöntemleri ve tanı amaçlı yapılan küretajlar bu teminatın kapsamında "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

Karaciğer, böbrek, beyin, mediastinoskopik akciğer biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler, "Sağlık Hizmet Tarife" birimi dikkate alınarak Ameliyat veya Küçük Cerrahi Teminatları kapsamında karşılanır. Anjiyografi (Koroner Anjiyografi Ameliyat teminatı kapsamında karşılanır) ile gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronkoskopi gibi endoskopik tetkikler (yapılan biyopsi ile gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler dahil) ile ilgili giderler de "İleri Tanı Yöntemleri" teminatı kapsamında karşılanır. Bu tanı yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri, ayakta ya da yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamındadır.

3.2.5. Özel Avantajlar Teminatı

Hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gerekli görülen ve doktorun tetkik istemine gerek olmadan kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar tetkikleri ile röntgen (mamografi ve ilaçlı grafiler dahil), ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı yöntemleri, işitme testi ve solunum fonksiyon testi ile "İleri Tanı Yöntemleri" Teminatı maddesinde yer alan ileri tanı ilgili giderler "Özel Avantaj" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır. Bu tanı yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri, ayakta ya da yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamındadır.

3.2.6. Fizik Tedavi

Hastalığın tedavisi için tıbben gerekli görülen ve fizik tedavi uzmanı tarafından tedavi planı düzenlenen ve Sigortacı tarafından onaylanan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile ilgili giderler, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın "Fizik Tedavi" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

Sadece fizik tedavi ve rehabilitasyon amacıyla hastanede yatarak uygulanan tedavilerde; fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi) karşılanmaz.

Poliçe yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen seans adedi ile sınırlıdır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge bir seans olarak değerlendirilir.

3.3. EK TEMİNATLAR

3.3.1 Doğum Teminatı

Doğum teminatı, poliçede kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar için tercih edilebilir. Gebelik Rutin Kontrolü ve doğum teminatı, Sigortalı'nın bu poliçe kapsamına dahil olmasından en az 6 ay sonra başlayacak hamilelikler için geçerlidir. Bu sürenin başlangıcı olarak, bebek ultrasonografisi bulguları ve son adet tarihi (SAT) dikkate alınır. Bekleme süresi tamamlanmadan başlayan gebelik ile ilgili tüm giderler poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Normal Doğum ve Sezaryen, poliçede belirtilen "Doğum" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde geçerlidir. Doğum teminatının kullanılabilmesi için "Bekleme Süreleri" maddesindeki şartlar sağlanmalıdır.

Gebeliğin tespiti ve sonrasında gebelikle ilgili oluşabilecek her türlü hastalık, Gebeliğin sebep olduğu her türlü komplikasyonlar [hiper emezis, abortus (zorunlu küretaj dâhil), preek-lampsi gibi], lohusalıkla ilgili sağlık giderleri, doğum ve sezaryene ait komplikasyonlar, doğum teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

Hamilelik ve doğum ile ilgili yurt dışında gerçekleşecek olan tüm giderler bu teminat limit ve ödeme yüzdeleri dahilinde, fatura tarihindeki TCMB efektif satış kuru dikkate alınarak TL olarak ödenir.

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

3.3.2. Gebelik Rutin Kontrolleri

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

3.3.3. Yenidoğan Paketi

Bu teminat kapsamında, Gebelik Rutin Kontrol ve Doğum Teminatı teminatına hak kazanmış annenin yeni doğan bebeğinin hastaneden çıkmadan bebeğin doğum sonrası sağlığını kontrol etmek amacıyla yapılan ve aşağıda detayı belirtilen giderler teminat tablosunda belirtilen oran, limit ve katılım payı dahilinde ödenir.

- Yeni doğan bebek muayenesi
- Yeni doğan bebek kan grubu belirleme
- Direkt Coombs,
- Neonatal TSH
- Metabolik tarama testi
- Bilurubin
- Otoakustik emisyon (İşitme testi)

- Hepatit B aşısı

Çoğul gebeliklerde yenidoğan paket limiti her bebek için ayrı ayrı uygulanacaktır.

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

3.3.4. Kuvöz Teminatı

Bu teminat kapsamında, Gebelik Rutin Kontrol ve Doğum Teminatı teminatına hak kazanmış annenin yeni doğan bebeğinin (miadından önce doğmuş olsa bile) ACN bebek olması kaydı ile ortaya çıkabilecek hastalıkları (respiratuar distress sendromu, tüm kanama bozuklukları ve apneler, hipoglisemi ve hiperglisemi, konvülsiyonlar, prematüre retinopatisi, asfiksi ve sepsis tedavileri vb. ile belirtilen hastalıklar) nedeniyle oluşacak yenidoğan yoğun bakım kuvöz masrafları Poliçe'de belirtilen Kuvöz Teminatı limiti, katılım yüzdesi dahilinde ödenmektedir.

Gebelik Rutin Kontrol ve Doğum Teminatı teminatına hak kazanmamış annenin bebeği için bu teminat geçersizdir.

3.3.5 Diş ve Gözlük Teminatı

Diş ve Gözlük Teminatı, poliçede tercih edilmiş olması kaydıyla geçerlidir. Sigortalılar poliçede belirtilen Network, coğrafi kapsam, teminat kapsamı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde Diş ve Gözlük Teminatı'ndan faydalanabileceklerdir.

3.3.5.1. Diş Teminatı

Diş hekimi tarafından yapılan her türlü muayene, tedavi, ameliyat ve protezler (endodontik, periodontik tedaviler ile ağız, diş ve çene cerrahisi gibi) poliçede belirtilen "Diş Tedavi" yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Diş Hekimi tarafından düzenlenen reçete ile alınan ilaç giderleri, varsa poliçedeki Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında yer alan "İlaç" teminatı kapsamında karşılanır.

Estetik amaçlı diş tedavileri, yardımcı alet giderleri, ortodontik ve pedodontik tedaviler Diş Tedavi teminatı kapsamı dışındadır. Anlaşmalı kurumlar dışında gerçekleştirilecek tedavi giderleri "Sağlık Hizmet Tarifesi" ile de sınırlıdır.

3.3.5.2. Gözlük Teminatı

Gözlük ve Lens teminatı, poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerlidir. Sigortalı'nın görme kusurunun sürekli kullanacağı numaralı gözlük veya lens ile giderileceğinin göz doktoru tarafından reçete ile belgelendirilmesi durumunda, reçeteye bağlı olarak alınan gözlük cam ve çerçevesi ile lens, lens solüsyonu giderleri poliçede belirtilen "Gözlük ve Lens" limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

3.3.6. Reçetesiz İlaç:

Bu teminat, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından belirlenen kriterler doğrultusunda bir sağlık uzmanı tarafından reçete edilmesine gerek kalmadan doğrudan tüketiciye satılabilen ilaçlar ile tarım bakanlığı onaylı olan vitaminleri kapsar.

Diğer yandan, 3.2.2 İlaç Teminatı maddesinde yer alan, reçetenin yazıldığı tarihten itibaren en geç 10 (on) gün sonra alınacak ilaçlar bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir.

3.3.7. Check Up Hizmeti

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

3.3.8. Tıbbi Danışmanlık

Bu hizmetler ile sigortalıların karşılaştığı sağlık sorunları için online danışmanlık ve yönlendirme hizmetleri sağlanmaktadır.

Sigortalılar 0212 924 60 60 no'lu telefondan online 7/24 doktor danışmanlık hizmeti alabilecektir. Karşılaşılan sağlık problemi konusunda alınması gereken önlemler ile ilgili tavsiyede bulunulur ancak tanı konmaz, ilaç önerilmez.

3.3.9 Kontrol Mamografi ve PSA

3.3.9.1 Mamografi:

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

3.3.9.2 PSA (Total PSA):

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

3.3.10 Yurt Dışı Tedavi Teminatı

Ek prim ödeyerek 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 kayıtlarını 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 özeti 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. Sigortalının yurtdışı tedavi giderlerine ilişkin tazminat ödemelerinde, fatura tarihindeki TCMB efektif satış kuru dikkate alınır ve Teminat Tablosu'nda belirtilen limitler dahilinde TL olarak ödenir.

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 tedavi gördüğü tanıya yönelik U.S. Food and Drug Administration (FDA) onayının olması,
- Türkiye'ye yasal yollarla getirilmesi (Türk Eczacılar Birliği aracılığı ile)

4. BEKLEME SÜRELERİ

İlk sigortalanma tarihinden sonra ortaya çıkan ve aşağıda detayı belirtilen hastalıklar/rahatsızlıklar ile ilgili yatarak tedavi teminatı kapsamında değerlendirilen giderler ile ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderleri, ilk sigortalanma tarihinden başlamak üzere 10 aylık bekleme süresi boyunca teminat kapsamı dışındadır.

- Safra kesesi ve/veya safra yolları hastalıkları,
- Her türlü fitik,
- Omurga ve disk hastalıkları,
- Ano-rektal hastalıklar ve Kist dermoid sakral (pilonidal sinüs),
- İyi Huylu rahim ve yumurtalık hastalıkları,
- Geniz eti, nazal polip, ventilasyon tüpü, bademcik ve sinüzit ile ilgili operasyon giderleri
- Omuz, kalça ve kalça eklemi, dirsek, ayak bileği eklemine yönelik cerrahi girişimler ile diz problemleri (menisküs, tendon, bağlara ait patolojiler ve kondral problemler) karpal ve tarsal tünel sendromları,
- Katarakt, Glokom, Keratoplasti
- Prostat hastalıkları,
- Hidrozel, Sistozel, Rektosel, Varikosel, Kordon ve Epididim Kisti,
- Her türlü varis,
- Böbrek ve üriner sistem taşları, Prostat
- İyi Huylu Tiroid bezi ve Paratiroid hastalıkları,
- Kalp kapak hastalıkları,
- Kronik böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)

Police başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar ile policede istisna uygulanmış hastalıklar, genetik ve doğumsal hastalıklar bekleme süresi tamamlansa dahi, hiçbir şekilde police kapsamında değerlendirilmemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü ve/veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş küresel, bölgesel veya ülke içindeki salgın hastalıklara ilişkin sağlık giderleri, hastalıkla ilgili belirti ve şikayetlerin sigorta kapsamına dahil olunduktan 1 ay sonra ortaya çıkmış olması şartıyla police teminat tablosunda belirtilen anlaşmasız kurum limiti kadar ödenir. Diğer sigorta şirketlerinden geçiş yapan sigortalılar içinde aynı şartlar geçerlidir.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilen teminat dışı hallerle birlikte, oluşma sebebi ve klinik seyri dikkate alınmaksızın aşağıda belirtilen haller ve komplikasyonları sebebiyle yapılacak sağlık giderleri teminat kapsamı dışındadır ve Sigortalı tarafından karşılanır. Ayrıca, Sigortacı teknolojik gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini hayati öneme sahip olup olmaması ve alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasına bağlı olarak kapsama alıp almamaya yönelik "Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, policede bulunan, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni police başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü sağlık gideri,
2. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformiteler ile ilgili tetkik, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri.
3. Özel Şartlar'da tanımlanmış olsun veya olmasın, teminat tablosunda yer almayan herhangi bir teminat kapsamına giren sağlık giderleri veya işlemler,
4. Ayakta tedavi teminatının, SGK kullanılması koşulu ile geçerli olan planlarda;
5. Teşhis ve tedavinin uygulandığı tarihte GSS kapsamında olmayan ve GSS tarafından ödenmeyen, GSS müstahaklığının olmadığı dönemde oluşan her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışındadır.
6. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98.2 maddesi gereğince sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,
7. 7 (yedi) yaş altı çocuklarda göbek ve kasık fıtıkları, hidrosel ve kordon kisti
8. Epilepsi ile ilgili her türlü tetkik ve tedavi giderleri,
9. Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi,
10. Skolyoz, Kifoz, Halluks Valgus ve Halluks Rigitus ile ilgili tetkik ve tedaviler
11. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel iş-lev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),
12. Genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillamatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkümünata vb.) ve molluscum contagiosum, HPV enfeksiyonları muayene, tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler,
13. HIV virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm giderler, AIDS ve komplikasyonlar,
14. Düşük nedenlerinin araştırılması, gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler, infertilite (kısırlık) teşhis ve tedavisi, (ovülasyon takibi, infertilite tetkik ve tedavisi için yapılan (histero salpingografi, histerosonografi, endometriozis, adhezyolizis, tuboplasti vb.) üremeye yardımcı tedavi uygulamaları ve tetkik (tüp bebek, mikroenjeksiyon, medikal ve cerrahi her tür yapay dölllenme, 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, doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu
15. Demansiyel sendromlar (Alzheimer, parkinson hastalığı ve bunamalar), psikiyatrik, geriatric hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili tüm giderler, psikiyatrik ilaçlar ve zeka testi vb. tetkikler, her ne nedenle yapılırsa yapılsın ses ve konuşma terapileri,
16. Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,
17. Sigarayı bırakma ile ilgili muayene, tetkik, tedavi ve preparatlar (nikotin bandı, sakızı, elektronik sigara gibi),
18. Sigortalı'nın gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,
19. Psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların muayene, nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dahil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider
20. Kozmetik amaçlı yapılan her türlü tedavi, kilo kontrol bozuklukları ile ilgili (şişmanlık veya zayıflık) tetkik ve tedavi giderleri, hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili giderler,
21. Organ ve kan naklinde verici giderleri, organ ücreti ve organın ulaştırılması masrafları
22. Şaşılık ve gözde kırma kusuru tedavisine yönelik operasyonlar
23. Kaza sonucu veya yanma sonucu olmadığı takdirde estetik ve rekonstrüktif cerrahi, jinekomasti tetkik ve tedavileri, meme küçültme ve büyütme ameliyatları
24. Alerji aşılı ve alerjik hastalıkların klasifikasyon testleri,
25. Genetik hastalıklar, genetik kusurlar ve genetik incelemeler

26. Horlama ve uyku apne sendromu, septum deviasyonu, konka hipertrofisi, nazal valv hastalıklarına ait tüm giderler,
27. Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner CT Anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi), sanal anjiyo, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
28. Kordon kanı ve kök hücre alınması, nakli ve işlenmesi ile ilgili tüm giderler
29. Motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler,
30. 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
31. 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, diş macunu, diş fırçası, diş fırçası aparatları, diş ipi, ağız suları vb., tatlandırıcı ve kozmetik ürünler
32. Telefon, hasta ve refakatçi yemekleri haricindeki yiyecekler ve benzeri tüm ekstra harcamalar, suit oda farkı,
33. Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen işlemlerde, Türk Tabipler Birliği ("TTB") Referans Ücret tarifesindeki birimler dikkate alınarak belirlenen ücretin üstünde kalan/Anlaşmasız Sağlık Kurumu limiti dışında kalan tutar
34. Sigortalı'ya uygulandığı tarihte, haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli veya yabancı otoritelerden (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan gıda ve ilaç dairesi ("FDA"), tıp fakülteleri ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı) birisi tarafından kabul görmüş olmayan ve/veya haklarında tıbbi cemi yet veya otoritelerin bunların deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem veya gereç üzerinde bir başka kişi veya kurumun deneysel alışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider,
35. Robotik cerrahi teminatının alınmadığı durumlarda, robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemde özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri,
36. Trafik kazası sonucu oluşan durumlar hariç; diş, diş eti, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonları ile diş hekimi tarafından yazılan reçeteler
37. Tüm alternatif tedaviler (akupunktur, mezoterapi, magnetoterapi, oksiterapi, CO2, nöral terapi, şiroprakti, PRP (Platelet Rich Plasma) reiki, ayurveda vb.) kilo kontrol bozuklukları, masaj masrafları, her türlü hidroterapi, çamur banyoları masrafları, obezite ile ilgili her türlü gider, obezite tedavisi (xenical, reductil ,saxsenda vb. ilaçlar), diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç ve malzemeler ile asteni tedavisi, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy- Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi), tedavi amaçlı olsa dahi botox ve ozon uygulamaları, hekim/tıp doktoru olmayan kişilerin uyguladığı tedaviler,
38. Telenjektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklero- zan-lazer tedavileri gibi), estetik amaçlı enjeksiyonlar, nazal valv ile ilgili girişimler, burun estetiği, meme büyütme, küçültme ve estetik operasyonları (meme kanseri sonrası uygulanan estetik tedaviler hariç), aksesuar meme cerrahisi, yağ aldırma (liposuction), karın estetiği (abdominoplasti), yüz gerdirme , göz kapağı ve çevresi estetiği, saç dökülmesi ile ilgili tedaviler, saç ekimi, deri kurummasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti aging) tedaviler gibi her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,
39. İlaç olarak kabul edilmeyen madde ile Sağlık Bakanlığı tarafından ilaç ruhsatı verilmemiş tüm ilaçlar,
40. Hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol amaçlı yapılan işlemler,(Doktorun herhangi bir belirti ve/veya şikayet olmadan istemiş olduğu araştırma, kontrol amaçlı, genel sağlık kontrolleri (check-up), Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar,herhangi bir tıbbi belirti veya bulgu (sarılık, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi) olmadan yapılan hepatit tetkik giderleri, Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderleri vb.)
41. Amatör veya hobi amaçlı olsun olmasın tüm tehlikeli spor faaliyetleri ve/veya bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetlerden (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük,

parapant, delta kanatla uçuş, ata binme, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), kiteboarding, kitesurfing, su altı sporları, dağ bisikleti, motosiklet ve otomobil sporları ve ehliyet gerektirmeyen elektrikli scooter, elektrikli bisiklet ve elektrikli motosiklet, kayak, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma vb.) doğan masraflar ile profesyonel ve/veya lisanslı her türlü spor faaliyetlerinden kaynaklanan masraflar 25.000 TL ile limitlidir. Bu faaliyetlerden sadece kayak, ulaşım amaçlı ve ehliyetli olması şartı ile motosiklet ve ATV kullanımı ile ilgili tüm masraflar risk gerçekleşmedikçe ek prim ile poliçe limit ve koasürans oranları dahilinde teminat kapsamına alınabilecektir.

42. Sigortalının, ehliyetsiz araç/motorsiklet kullanımı sonucu olan kazalarının gerektirdiği tedavi masrafları
43. Ek primi ödenerek teminat alınmadı ise, Hamilelik ve doğum ile ilgili tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri
44. Sigortalının hastalık ve/veya rahatsızlık sonucu çalışmaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası
45. Sigortalının vefatı halinde cenaze işlemleri ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.)
46. Sigortacı tarafından teminat kapsamında değerlendirilerek kabul edilen ambulans hariç her türlü ulaşım gideri,
47. Sigortalının kurumsal internet sitesinde belirtilen "Geri Ödeme Alınmayacak Kurumlar" adımı altında bulunan kurumlara ve/veya hekimlere ait her türlü sağlık giderleri,
48. Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan doktorun ücreti,
49. İş kazaları ve meslek hastalıkları
50. Uzaktan Sağlık Hizmeti (Teletıp, online verilen hizmetler) kapsamında gerçekleşen giderler
51. Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan doktorun ücreti,
52. Elden tazminat değerlendirmesi için gerekli evrakların ulaştırma ve tercüme bedelleri,
53. Ayak sağlığı ve/ya ayak bakım merkezlerinde yapılan tüm giderler ile yapılan işlemlere bağlı komplikasyonlar,
54. Lens ve optik merkezleri ile işitme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,

*Sigortacı, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu "Teminat Dışı Kalan Haller" de düzenlemeler yapabilir

6. COĞRAFİ KAPSAM

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.

7. UYGULAMA ESASLARI

7.1. Teminat Uygulama Esasları

Limit ve Katılım Payı Uygulaması

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

Anlaşmalı Sağlık Kurumu, Anlaşmasız Sağlık Kurumu ve Yurtdışı Sağlık Kurumu olmak üzere üç kurum tipi bulunmaktadır. Her kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitleri poliçe ekinde yer alan Teminat Tablosu üzerinde belirtilmektedir. Alt teminatlar, bağlı buldukları kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitlerinden düşülerek kullanılır.

Ana veya alt teminatlar, Anlaşmalı Sağlık Kurumları için limitli ise, bu limit Teminat Tablosunda belirtilen Anlaşmasız Sağlık Kurumları ve varsa Yurtdışında yer alan Sağlık Kurumları için ortak limit olup, yapılacak

tazminat ödemeleri toplamı ilgili teminatın brüt anlaşmalı kurum limitinden düşülerek hesaplanır.

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.

Kalan limit;

Poliçe üzerinde belirtilen brüt limitten ("limit"), Sigortacı tarafından ödenen tazminat tutarları ile sigortalı tarafından karşılanan katılım payı tutarları toplamının düşülmesi ile hesaplanır.

SGK tarafından alınan katılım payı bu hesaplamanın dışındadır.

Yıllık Toplam Limit:

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

7.2. Sağlık Kurumları Uygulama Esasları

7.2.1. Anlaşmalı Sağlık Kurumları

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ait güncel listeye internet sitemiz olan www.AcnTURKsigorta.com.tr adresinde ulaşılabilir. Sigortacı, sigorta süresi içinde, önceden herhangi bir bildirimde bulunmaksızın Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda değişiklik yapabilir. www.acnturk.com.tr adresinden ulaşılacak Anlaşmalı Sağlık Kurumları'na ait liste ve bilgiler bilgilendirme amaçlı olup, hizmet alınmadan önce mutlaka Sigortacı'dan provizyon alınması gerekmektedir.

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

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

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

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, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na doğrudan ödemeyi gerçekleştirir. Sigortalı, Anlaşmalı

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

Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda Kadrolu Doktor olmayan doktorların yapacakları tüm teşhis ve tedavi işlemlerine ait giderler öncelikle Sigortalı tarafından ödenir. Sigortalı tarafından ödenen sağlık giderlerine ilişkin tüm belgeler, Sigortacı'ya ulaştıktan sonra, işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile teminat tablosunda belirtilen Anlaşmasız Kurum Teminat Limit ve Ödeme yüzdesi ile değerlendirilecektir.

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

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

7.2.2. Anlaşmasız Sağlık Kurumu

Anlaşmasız 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, Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile teminat tablosuna göre Sigortacı tarafından değerlendirme yapılır.

Sigortalı'nın Anlaşmasız Sağlık Kurumu'na başvuru nedeni, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen acil bir durum ise, ilgili sağlık giderleri Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda geçerli olan limit, Sigortalı katılım payı ve muafiyet oranında değerlendirilir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Hastaneleri ile devlete ait Üniversite Hastaneleri'nde gerçekleşen sağlık gider- leri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle değerlendirilir.

Ayakta tedavi teminatının, SGK kullanılması koşulu ile geçerli olan planlarda; SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü giderler, SUT kurallarına göre anlaşmasız kurum teminat limit ve katılımı oranında kapsam dahilindedir.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigortalı'nın poliçesi için geçerli olduğu belirtilen Network dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında, Sigortacı'dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderleri, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdelerine uygun olarak Sigortacı tarafından Sigortalı adına anlaşmalı sağlık kurumuna yapılır. Sigortalı başvuruda bulunduğu anlaşmalı sağlık kurumuna Sigortalı olduğunu belirtmek ve poliçede belirtilen katılım payını ve/veya muafiyetini ödemekle yükümlüdür.

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında gerçekleştirilecek tedaviler için alınmış provizyon onayları 7 gün içerisinde gerçekleşmesi durumunda geçerlidir. Bu süre içerisinde gerçekleşmeyen işlemler için yeniden provizyon alınması gerekmektedir. 7 gün içinde işlemi yapılmayan ve yeniden provizyon onayı alınmayan işlemler

için Sigortacı'nın talebi reddetme hakkı saklıdır.

Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderlerinin değerlendirilebilmesi için, aşağıda belirtilen belgelerin Sigortacı'ya ulaştırılması gerekmektedir.

- Acn SAĞLIK Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kurumu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- Tüm sağlık giderlerinin fatura asılları ve (işlem bazlı) ayrıntılı fatura dökümleri,
- Yatarak tedavilerde ameliyat raporu ve/veya epikriz raporu,
- Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- Reçetenin aslı, ilaç kupürleri ya da ilaç takip sistemi çıktısı ve eczaneden alınan kasa fişi veya fatura,
- Sinüzit ameliyatlarından önce Sigortalı'ya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,
- 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),
- Her türlü adli olayda (trafik kazası dahil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),
- Trafik kazası sonucu meydana gelen dış rahatsızlıklarına ait tedavi giderlerinin ödenebilmesi için, trafik kazası tespit tutanağı ve dışların hasar gördüğüne dair doktor raporu ile olay tarihinde çekilmiş dış grafilerinin, fatura ile birlikte Sigortacı'ya gönderilmesi gerekmektedir.
- 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

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

Tazminat talepleri, işbu Özel Şartlar 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.

Anlaşmasız Sağlık Kurumlarına ait sağlık giderlerinin tazminat ödemeleri, ilk sigortalanma aşamasında doldurulmuş başvuru formunda bildirilen banka hesabına yapılacaktır. Bu hesabın artık kullanılmaması durumunda, yeni hesap numarasının, Sigortacı'ya yazılı olarak bildirilmesi gerekmektedir.

Tazminat değerlendirmesi için gerekli tüm bilgi ve belgelerin eksiksiz olması kaydı ile, ilgili belgelerin Sigortacı'ya ulaştığı tarihten itibaren en geç 5 iş günü içinde ödeme yapılacaktır.

9. BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

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

değerlendirme yapar.

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

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

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

10. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

10.1 POLİÇENİN YENİLENMESİ

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

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

Sağlık Sigortası Bilgi Merkezi (SAGMER) varsa önceki sigorta şirketlerinden veya sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alabilir. Sigortacı, mevzuat gereğince Sağlık Sigortası Bilgi Merkezi (SAGMER), Hazine Müsteşarlığı ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumu ile sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde sigortalılara ait her türlü bilgi ve belge (tazminat, teminat detayları vb.) alışverişinde bulunabilir.

Sigortacıdan sağlık sigortası ürününe sahip kişiler, sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde resmî kurumlarla yapılacak bilgi ve belge alışverişini peşinen kabul etmektedir. Sigortacı, bu bilgiler ile sigortalıyı sigortalı olduğu dönem içerisinde ortaya çıkan rahatsızlık ve/veya hastalıklarını değerlendirerek, sigorta sözleşmesini hiç yenilemeyebileceği gibi yenileme döneminde istisna bırakabilir, hastalık limiti uygulayabilir veya hastalık ek primi vb. uygulayarak ilgili rahatsızlık/hastalığı teminat kapsamına alabilir.

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

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

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

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

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

10.2. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ (ÖBYG)

Ömür Boyu Yenileme Garantisi, poliçenin Sigortacı tarafından mevcut Acn SAĞLIK Sigortası ürün ve planı (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi gibi belirli kriterler) dahilinde yenilenmesi taahhüdüdür.

Sigortacı, aşağıdaki hüküm ve şartlara göre, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı verebilir: Sigortalı'nın, Sigortacı'da 59 yaşından önce sigortaya ilk defa giriş yapması, Sağlık sigortasının kesintisiz olarak en az iki (2) yıl Sigortacı'da aynı ürün ile devam etmesi koşulu ile, ikinci yılın sonunda (2 yıl sigortalılık süresi dolduktan sonraki ilk yenileme döneminde) risk değerlendirme yapıp sigortalının poliçe şartlarını belirleyerek Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilip verilmeyeceğini değerlendirir.

Sigortacı "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" değerlendirmesi sırasında, sigortalının sağlık riskini değerlendirmek için sağlık durumunu belirten sağlık beyanını, sağlık durumuna ilişkin kayıtların ibrazını ve/veya Sigortalı'nın doktor muayenesine tabi tutularak ek tetkikler yaptırmasını isteyebilir. Yapılan değerlendirme sonucunda, Sigortacı Sigortalı'ya bu hakkı vermeme, başvuruyu reddetme, ek şart uygulayarak (limit, ek prim, katılım, muafiyet. vb.) uygulayarak kabul etme veya herhangi bir ek şart uygulanmaksızın "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verme hakkı saklıdır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildiği takdirde, poliçede mevcut bulunan ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) dışında Sigortacı'da teşhis edilen ve sigorta kapsamında teşhis/tedavi masrafları ödenen rahatsızlıklar için Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanıldığı tarihten sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkları için yeniden risk değerlendirmesi yapılmayacaktır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özeldir. Poliçedeki her bir fert için ayrı değerlendirme yapılır ve bu hakkı kazanan sigortalıların poliçesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi ayrıca belirtilir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi" değerlendirmesi yapılmış ancak "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" bulunmayan sigortalılar için, sigortacının her yıl yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapma ve poliçeyi yenileyip yenilememe hakkı saklıdır.

Sigortacı tarafından, Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirme yapılan tarih ile poliçenin yenileme tarihi arasında, Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı yenileme koşullarını gözden geçirerek, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını tekrar değerlendirme, poliçeyi yenilememe veya ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb. uygulama hakkına sahiptir.

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

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

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

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

Şirketimizde Acn SAĞLIK Sigortası ürünlerinde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışında olup; başka bir sigorta şirketinden, Acn SAĞLIK Sigortası ürününe geçiş yapılacak poliçelerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsun ya da olmasın sigortalılara risk analizi yapılacak, limit, katılım payı, ek prim, muafiyet vb. uygulamalar söz konusu olabilecektir. Önceki şirketteki kazanılmış olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı Sigortacı'nın kriterlerine göre değerlendirilecek olup, belirlenecek şartlar çerçevesinde sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı Sigortacının mevcut özel şartları ile devam ettirilir.

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

Bu ürünün satışının durdurulması halinde, bu poliçede devam etmekte olan sigortalıların poliçeleri, bitiş tarihlerine kadar devam ettirilir ve yenileme döneminde sigortalılara, en az biten poliçe standartlarına haiz bir poliçe önerilir.

11. PRİM TESPİTİ

11.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Tarife Primi: Bilimsel kabul görmüş ya da şirketin tecrübe edilen aktüeryal metodolojileri baz alınarak geçmişin, bugünün ve geleceğin frekans, şiddet ve benzeri etkileri gözetilerek hesaplanan baz primdir.

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

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

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

11.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

11.2.1 Risk Ek Primi

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

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

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

etkilemeyecektir.

Yenileme poliçe;

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

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

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

Tazminat/Prim Kademesi	İndirim Oranı	TP < %35	%35 ≤ TP < %70	%70 ≤ TP < %200	TP ≥ %200
1	0	2.kademe	1.kademe	1.kademe	1.kademe
2	-10%	3.kademe	2.kademe	1.kademe	1.kademe
3	-20%	4.kademe	3.kademe	2.kademe	1.kademe
4	-25%	5.kademe	4.kademe	3.kademe	2.kademe
5	-30%	6.kademe	5.kademe	4.kademe	3.kademe
6	-40%	7.kademe	6.kademe	5.kademe	4.kademe
7	-45%	8.kademe	7.kademe	6.kademe	5.kademe
8	-50%	8.kademe	8.kademe	7.kademe	6.kademe

11.2.3 Fark Primi

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

11.2.4 Diğer İndirimler

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

12. SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI

12.1. Sigortalı Girişi

Bu sigorta ile, 0 – 64 yaş aralığındaki kişiler ile Ömür Boyu Yenileme Güvencesi almış 64 yaşından büyük kişiler sigortalanabilmektedir. Sigorta başvurusunda, Sağlık Beyan ve Başvuru Formu ile Sağlık Sigortası Bilgilendirme Formu'nda ilgili poliçe kapsamında yer alacak her bir kişinin bilgilerinin bulunması gerekmektedir.

Sigortalının yaşı cari yıldan doğum yılının çıkarılması ile bulunur. 18 yaşından küçük sigortalılar, 18 yaşından büyük bir sigorta ettirenin olması koşulu ile tek başına sigorta kapsamına dahil edilebilirler. 25 yaş ve altındaki bekar çocuklar aile poliçesi kapsamında sigortalanmaya devam edebilirler.

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

Sigortacı tarafından aksi belirtilmedikçe T.C. sınırları dâhilinde ikamet edenler sigortaya kabul edilir. Poliçe başlangıcından sonraki sürekli ikamet edilen ülke değişiklikleri en geç bir ay içinde yazılı olarak Sigortacı'ya bildirilmelidir. Sigortacı'nın böyle bir durumun tespiti için pasaport talep etme ve yurt dışında gerçekleşen giderleri ödememe hakkı saklıdır.

12.2. Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi

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

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

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

12.3. AcnTURK BEBEĞİ

Gebelik Rutin Kontrol ve Doğum Teminatı alan ve bekleme süresini doldurarak bu teminatı kullanmaya hak kazanmış sigortalıların yeni doğan bebekleri için, doğum tarihinden itibaren ilk 14 gün içerisinde Sigortacıya bildirim yapılarak poliçeye girişini talep edebilirler. Giriş için gerekli tüm bilgi ve tıbbi belgelerin (doğum belgesi, epikriz raporu, tetkik sonuçları vb.) eksiksiz olarak iletilmesi durumunda, mevcut sağlık durumu göz önüne alınarak risk değerlendirmesi yapılacaktır. Yapılan risk değerlendirmesinde, mevcut rahatsızlıklar için istisna uygulanmaz ancak hastalık için ek prim veya limit uygulanabilir.

Yapılan risk değerlendirmesi sonucunda, sigortalanmasına karar verilen bebekler, dahil olacakları poliçenin bitiş tarihine kadar olan gün esaslı primi ödemesi halinde, "AcnTURK Bebeği" olma ayrıcalığı ile doğum tarihinden itibaren sigortalanır.

Bu bebeklerde;

- Bebeğin doğum tarihi, "İlk Sigortalanma Tarihi" olarak kabul edilir.
- ÖBYG hakkı verilir.
- Bu bebekler için, 5. Bekleme Süreleri başlığında belirtilen bekleme süreleri uygulanmaz.
- Doğum sonrası ortaya çıkabilecek hastalıkları (respiratuar distress sendromu, tüm kanama bozuklukları ve apneler, hipoglisemi ve hiperglisemi, konvülsiyonlar, prematüre retinopatisi, asfiksi ve sepsis tedavileri vb. ile belirtilen hastalıklar) nedeniyle oluşacak yenidoğan yoğun bakım kuvöz masrafları Poliçe'de belirtilen Kuvöz Teminatı limiti, katılım yüzdesi dahilinde ödenecektir.

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

- Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar;
- 7 (yedi) yaş altı çocuklarda göbük ve kasık fıtıkları, hidrosel ve kordon kisti
- Şaşılık.

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

Doğum Teminatı kullanımına hak kazanmayan veya Doğum Teminatı bulunmayan sigortalıların bebeklerinin; ilk 14 gün içerisinde gerekli tüm bilgi ve tıbbi belgelerin (doğum belgesi, epikriz raporu, tetkik sonuçları vb.) eksiksiz olarak iletilmesi durumunda mevcut sağlık durumu göz önüne alınarak risk değerlendirmesi yapılacaktır. Yapılan risk değerlendirmesi sonucunda, Sigortacı'nın ek şart (muafiyet, limit ek prim vb.) uygulama ve/veya poliçe kapsamına almama hakkı saklıdır. Sigortalanmasına karar verilen bebekler, dahil olacakları poliçenin bitiş tarihine kadar olan gün esaslı primin ödenmesi halinde, doğum tarihi itibari ile sigortalanır.

Gebelik Rutin Kontrol ve Doğum Teminatı alan ve bekleme süresini doldurarak bu teminatı kullanmaya hak kazanmış olmasına rağmen, doğum tarihinden itibaren 15-60 gün içerisinde başvuruda bulunan sigortalıların bebeklerinin poliçeye girişinin talep edilmesi halinde, gerekli tüm bilgi ve tıbbi belgelerin (doğum belgesi, epikriz raporu, tetkik sonuçları vb.) eksiksiz olarak iletilmesi durumunda, mevcut sağlık durumu göz önüne alınarak risk değerlendirmesi yapılacaktır.

Yapılan risk değerlendirmesi sonucunda, Sigortacı'nın ek şart (muafiyet, limit ek prim vb) uygulama ve/veya poliçe kapsamına almama hakkı saklıdır. Sigortalanmasına karar verilen bebekler, dahil olacakları poliçenin bitiş tarihine kadar olan gün esaslı primin ödenmesi halinde, başvuru tarihi itibari ile sigortalanır.

13. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

11.1. Geçiş (Transfer) İşlemleri

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

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

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

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

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

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

14. SİGORTA SÜRESİ VE SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

14.1. Sigorta Süresi

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

14.2. Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

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

Sigorta Ettiren, Sigorta Ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini, kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer. Sigorta Ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 15 gün içinde ödemediği takdirde sigorta teminatı durur ve Sigortacı tarafından Sigorta Ettiren'in bilinen son adresine yazılı ihtar gönderir. Riskin gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren 15 gün içinde prim borcunun ödenmemesi halinde,

sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Poliçenin iptal olması veya sigortalının poliçeden çıkması durumunda, Sigortacı'nın sigortalıya verdiği taahhütleri son bulur.

14.3. Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

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

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

14.4 Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal

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

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

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

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

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

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

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

giderlerini alma ve/veya poliçeyi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir.

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

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

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

15. EKLER

15.1 Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

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

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

15.2 Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi

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

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının, başvuru aşamasındaki beyanlarının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu veya bilmesi gerektiği halde beyan etmediği mevcut hastalık/rahatsızlıklarının olması halinde poliçe, Sigortacı tarafından iptal edilebilir, bu hastalık

ve/veya rahatsızlıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya hastalık ek primi uygulanarak poliçe devam ettirilebilir. Sigortacı, bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı hastalık/rahatsızlıkları, tekrar teminat kapsamına almak üzere değerlendirmez.

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

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

15.3 Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

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

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

15.4 Rücu ve İstirdat Hakkı

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

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

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

15.5 Vergi İndirimi

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

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

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

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

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

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

Teminat Dışı Kalan Haller

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

- a) Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- d) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- e) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- f) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj

sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.

- g)** Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller

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

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

Sigortanın Coğrafi Sınırı

Madde 4- Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

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

Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü

Madde 6- Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir. Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek hallerde;

- a)** Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez.
Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.
b) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren/sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafında iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğ tarihin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esaslı üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.
c) Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.
d) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya

2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,

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

Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü

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

- 1- sözleşmeyi fesheder veya,
- 2- prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

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

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

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir. Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

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

Primin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

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

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

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

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

Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri

Madde 9-

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

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

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

B) Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

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

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

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

- a) Kasden yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.
- b) Kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz.
- c) Gerekli belgelerin teslimi Sigorta ettiren veya sigortalı kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını veya asıllarından şüpheyi davet etmeyecek suretlerini tedaviyi yapan hekim veya hastanece doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

Masrafların Tesbiti

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

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

- a) İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler,
- b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri, Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakembilirkşi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tesbit edilir.
 - a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tesbit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem-bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.
 - c) Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem-bilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem-bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.
 - d) Her iki taraf, üçüncü hakem-bilirkişinin bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.
 - e) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tesbit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-

bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

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

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

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

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

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

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı

Madde 11- Sigortacı ödediği tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dahil tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir. Sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacının açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur.

Müşterek Sigorta

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

Sırların Saklı Tutulması

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

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

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

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

Tebliğ ve İhbarlar

Madde 14- Sigorta ettirenin ihbar ve tebliği sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine

aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak yapılır.

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

Yetkili Mahkeme

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

Zaman Aşımı

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

Özel Şartlar

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

Bilgilendirme Formu, Poliçe ve Katılım Sertifikası Verme Yükümlülüğü

Madde 18-

A. Genel Hususlar

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

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

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

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

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

B. Grup Sigortaları

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

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

Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının verilebilmesi için sigortacı tarafından sigorta ettirenden

sigortalılara ait iletişim bilgileri talep edilir. Sigorta ettiren, sigortacının bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı gösterir.

Ancak; sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigorta ettiren tarafından sigortacıya bildirilmemesi nedeniyle bu maddede bahsi geçen yükümlülüğün gereği gibi yerine getirilememesi durumunda sigortacı sorumlu tutulamaz.

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

C. Aile Sigortaları

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



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

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