

AEGON KİŞİYE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta ile, Aegon Emeklilik ve Hayat 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 ve teminat tablosu doğrultusunda güvence altına almaktadır.

2. TANIMLAR

Acil Durum:

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği;

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

Dünya Sağlık Örgütü Tarafından Tanımlanan Acil Durumlar:

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

Anlaşmalı Sağlık Kurumları:

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

Anlaşmasız Sağlık Kurumları:

Sigortacı tarafından provizyon verilmeyen, sağlık giderlerini doğrudan sigortalıdan (elden alan) alan sağlık kurumları, eczane ve özel doktor muayenehaneleridir.

Azami İyi Niyet Prensibi:

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

Sonuç olarak azami iyi niyet; sorulmuş olsa da olmasa da Sigorta Ettiren’in, sigorta sözleşmesinden yararlanacak tüm Sigortalıların, geçmiş ve mevcut hastalıkları ve sağlık

durumu ile ilgili tüm bilgileri tam ve yanılmaya yer vermeyecek şekilde, gönüllü olarak Sigortacı'ya bildirmesidir.

Coğrafi Kapsam:

Poliçede yer alan plan ve teminatların coğrafi geçerliliğini (Tüm Dünya/Türkiye gibi) gösteren özelliğidir.

DeneySEL veya Araştırma Amaçlı İşlem:

Hastalığın tanı ve tedavisindeki gereklilik;

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

Doğuştan Gelen Hastalık (Konjenital Hastalık):

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

Doktor:

Sağlık hizmetinin verildiği Coğrafi Bölgede geçerli olan yasalar çerçevesinde resmi olarak tıp doktoru unvanı ve belgesi verilmiş olan kişidir.

İlk Sigortalama Tarihi:

Sigortalının özel sağlık sigortası kapsamına ilk giriş yaptığı ve Sigortacı tarafından kabul edilen ilk sigortalama tarihini ifade eder.

İstisna:

Sigorta sözleşmesinin kapsamı dışında bırakılan durumlardır.

KadroLU Doktor:

İlgili il Sağlık Müdürlüğü'ne Sağlık Kurumu tarafından bildirilen ve Sağlık Kurumu'nun tam zamanlı çalışanı durumunda bulunan Doktorları ifade eder.

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:

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

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.

Kaza:

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

Kazanılmış Haklar:

Bu sigorta sözleşmesinde kazanılmış haklar, İlk Sigortalanma Tarihi ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi haklarını ifade eder.

Mevcut Rahatsızlık ve/veya Hastalık:

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

Muafiyet:

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği teminat kapsamında değerlendirilen sağlık giderlerinden, Sigortalı'nın üstleneceği kısmı ifade eder. Muafiyet bilgisi, sigorta sözleşmesi ekinde verilen teminat tablosunda belirtilir.

Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) Hasta Bilgi Formu:

Sağlık Kurumlarından hizmet alınması durumunda Doktor tarafından doldurulması gereken formdur. İlgili form, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda mevcut olup, anlaşmasız sağlık kurumları için www.aegon.com.tr adresinden ulaşılabilir.

Poliçe:

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı ve Sigortacı'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve yükümlülüklerini gösteren bir belgedir.

Provizyon:

Sigortalı'nın tedavisiyle ilgili Anlaşmalı Sağlık Kurumu tarafından Sigortacı'nın 7/24 provizyon merkezinden istenen ön onayı ifade etmektedir.

Provizyon Ön Onay: Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında 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 yapılacağını gösteren ön onayı ifade etmektedir.

Sigortacı'nın ödemeye ilişkin Provizyon Ön Onayı vermiş olması, sonradan tespit edilen beyan eksikliği nedeniyle Sigortacı'nın haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

Provizyon Şartlı Onay: Sonuçlanan Provizyon Ön Onayı son onay olmakla birlikte, Sigortacı onay konusu teşhis ve tedavi işleminin yapılması sırasında/sonrasında buna ilişkin sağlık giderlerini yeniden değerlendirebilir. Sigortacı, tıbbi kayıtlar üzerinden ek değerlendirme

yaparak gerek teminat gerekse ödeme bakımından farklı bir şekilde karar verebilir. Sigortacı'nın mevcut hastalık/rahatsızlıklara ait giderleri, sigortalı lehine işlem kolaylığı sağlamak için provizyon aşamasında kabul etmiş olması, teminat ve tazminat olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. Yapılacak değerlendirme sonucunda ön onaya konu işlem ve sağlık giderinin teminat kapsamı dışında olduğuna karar verilerek, nihai onay verilmezse, tedavi giderleri Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından karşılanır.

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

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.

Sağlık Gideri:

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

Sağlık Kurumu:

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

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

Sigorta Ettiren:

Sigorta Ettiren, sigorta sözleşmesini yapan ve prim ödemek dahil sigorta sözleşmesinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirme sorumluluğunu taşıyan kişidir.

Sigortalı/ Sigortalılar:

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

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.

Tazminat:

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği teminat kapsamında değerlendirilen sağlık giderlerinin, ilgili poliçe döneminde yer alan teminat, limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak ödenen tutarıdır.

Teminat:

Sigortacı'nın Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği, sigorta süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri için Sigortalı'ya verdiği güvencedir.

Tıbbi Gereklilik:

Tetkik ve tedavi işlemlerinin bir hastalığın ve/veya rahatsızlığın tedavisi için gerekli ve etkili olması durumudur. Tetkik veya tedavinin bir Doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına Tıbbi Gereklilik koşulunun bulunduğu 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) vb.)

3. TEMİNATLAR

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

3.1. Yatarak Tedavi Teminat Grubu

Bu teminat grubu ile Sigortalı'nın, ameliyat ve hastanede yatarak yapılan tedavileri için;

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

İşbu Özel Şartlar'da tanımlı **Teminat Uygulama Usül Ve Esasları** uyarınca karşılanır. Yatarak Tedavi Teminat Grubu aşağıdaki teminatları içermektedir.

- Ameliyat
- Hastane Tedavisi
- Kemoterapi
- Radyoterapi
- Diyaliz
- Küçük Müdahale
- Hastane Dışı Tedavi
- Suni Uzun ve Protez
- Acil Ulaşım
- Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavisi
- Rehabilitasyon
- Ameliyat Tazminat Teminatı

3.2. Ayakta Tedavi Teminat Grubu

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

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

3.3. Yurtdışı Tedavi Teminatı

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

3.4. Ek Teminat

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

4. BEKLEME SÜRELERİ

İlk sigortalanma tarihinden sonra ortaya çıkan ve aşağıda belirtilen rahatsızlıklar, ilk sigortalanma tarihinden başlamak üzere 12 aylık bekleme süresi boyunca teminat kapsamı dışındadır. Hastalık ile ilgili her türlü tetkik, tedavi ve komplikasyonların, ortaya çıkış sebebi ve/veya akut veya kronik zeminde gelişmiş olup olmadığına bakılmaz. (Bekleme süresine tabi olan hastalıkların ilk tanısının konulduğu muayene gideri hariç.)

Uygulama İstisnası:

- *Bekleme Süreleri “Aegon Bebeği” Hakkı elden eden sigortalılarda geçerli değildir.*

4.1. 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,

4.2. Safra kesesi hastalıkları, üriner sistem taşları, prostat hastalıkları, hidrosel, sistosel-rektosel,

4.3. Tüm fitiklar, omurga cerrahisi,

4.4. Geniz eti, nazal polip, ventilasyon tüpü, bademcik ve sinüzit ile ilgili operasyon giderleri,

4.5. Varikosel, her tür varis, anevrizma,

4.6. Anorektal hastalıklar, pilonidal sinüs,

4.7. Benign (iyi huylu) tiroid bezi hastalıkları,

4.8. Her türlü benign kist ve kitle,

4.9. Benign rahim ve yumurtalık hastalıkları,

4.10. Glokom, katarakt, retinal deformiteler / patolojiler,

4.11. Kalp kapak hastalıkları

4.12. Kronik böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH).

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

5.1. 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. Sigortalı olunmadan önce var olan, beyan edilmemiş mevcut rahatsızlık ve hastalıklar ile, bunların periyodik devamlılık ve nöksleri ile bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlara ilişkin tüm giderler,

5.2. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformiteler ile ilgili tetkik, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

Uygulama İstisnası:

- *Aegon Bebeği Hakkı elde eden sigortalılarda,*
- *Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) hakkı elde eden sigortalılarda, tanının YG hakkı elde ettikten sonra konulması şartı ile teminat kapsamında değerlendirilir.*
- *Aegon Bebeği olmayan ve ÖBYG hakkı elde etmeyen sigortalılarda ise sadece doğuştan gelen hastalıkların ilk tanısının konulduğu muayene gideri (öncelikle Sigortalı tarafından ödenmesi şartı ile) teminat kapsamında değerlendirilir.*

5.3. 7 (yedi) yaş altı çocuklarda göbek ve kasık fıtıkları,

Uygulama İstisnası:

- *Aegon Bebeği Hakkı elde eden sigortalılarda ve*
- *Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) hakkı elde eden sigortalılarda, ilgili tanının YG hakkı elde ettikten sonra konulması şartı ile teminat kapsamında değerlendirilir.*

5.4. Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,

Uygulama İstisnası:

- *Aegon Bebeği Hakkı elde eden sigortalılarda, doğum tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içinde oluşan Erken Doğum (prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderlerinin poliçeye giriş tarihinden sonraki kısmı "Küvöz ve Prematürite" teminat limit, katılım payı ve muafiyetleri doğrultusunda kapsam dahilindedir.*

5.5. Skolyoz, Kifoz, Halluks Valgus ile ilgili tetkik ve tedaviler,

5.6. Epilepsi ile ilgili her türlü tetkik ve tedavi giderleri,

5.7. HIV virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm giderler, AIDS ve komplikasyonları,

5.8. Her tür nedenle sünnet,

5.9. Penil protez, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili muayene, tetkik ve tedavi giderleri,

5.10. Genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar, genital siğiller, kondiloma aküminata, HPV enfeksiyonları, genital ve anal molluscum contagiosum, sifilis, gonore,

5.11. Düşük nedenlerinin araştırılması, infertilite (kısırlık) teşhis ve tedavisi, (ovülasyon takibi, infertilite tetkiki amaçlı yapıldığı belirlenen HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.) üremeye yardımcı tedavi uygulamaları ve tetkik (tüp bebek, mikroenjeksiyon, medikal ve cerrahi her tür yapay döllenme, kısırlıkla bağlantılı varikosel, her ne nedenle olursa

olsun kadınlarda yumurta toplama ve saklama işlemi ile erkeklerde sperm toplama ve saklama, spermiyogram, Anti Müllerian Hormon vb) işlemlerine ait tüm giderler

- 5.12. Demansiyel sendromlar (alzheimer hastalığı ve bunamalar), psikiyatrik, geriatric hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili tüm giderler, psikiyatrik ilaçlar ve zeka testi vb. tetkikler, her ne nedenle yapılırsa yapılsın ses ve konuşma terapileri,
- 5.13. Kozmetik amaçlı yapılan her türlü tedavi, kilo kontrol bozuklukları ile ilgili (şişmanlık veya zayıflık) tetkik ve tedavi giderleri, hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili giderler,
- 5.14. Organ ve kan naklinde verici giderleri, organ ücreti ve organın ulaştırılması masrafları,
- 5.15. Şaşılık ve gözde kırma kusuru tedavisine yönelik operasyonlar,
- 5.16. Kaza sonucu veya yanma sonucu olmadığı takdirde estetik ve rekonstrüktif cerrahi, jinekometri tetkik ve tedavileri, meme küçültme ve büyütme ameliyatları,
- 5.17. Genetik hastalıklar, genetik kusurlar ve genetik incelemeler,
- 5.18. Alerji aşılı ve alerjik hastalıkların klasifikasyon testleri,
- 5.19. Çocukluk dönemi (0-6 Yaş) rutin aşılı ile yetişkinlerde kuduz ve tetanoz aşılı dışındaki tüm aşılı ve bu aşılılarla ilgili test giderleri,
- 5.20. Horlama ve uyku apne sendromu, septum deviasyonu, konka hipertrofisi, nazal valv hastalıklarına ait tüm giderler,

Uygulama İstisnası:

- *Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı elde etmiş olan, ilk sigortalanma tarihinden itibaren 5 tam sigorta süresini tamamlamış kişilerde Septum Deviasyonu ve Konka Hipertrofisi kapsam dahilinde değerlendirilir.*

- 5.21. Koroner Arter Kalsiyum Skrolama Testi, Koroner CT Anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi), sanal anjiyo, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,

Uygulama İstisnası:

- Sigortalı'nın 50 yaşın üzerinde olması durumunda, (sanal hariç) kolonoskopi tetkiki tarama amaçlı olsa dahi ilgili teminat kapsamındadır.

- 5.22. Kordon kanı ve kök hücre alınması, nakli ve işlenmesi ile ilgili tüm giderler,
- 5.23. Motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler,
- 5.24. Tıbbi ve yardımcı tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli ile ilgili tüm giderler,
- 5.25. Kaplıca ve termal merkezlerde yapılan her türlü gider, çamur banyoları, şifa kürleri, masaj, jimnastik salonları ve zayıflama merkezleriyle ilgili giderler, ayak bakım merkezleri, sağlıklı yaşam koçluğu merkezleri, huzurevi, bakımevi, estetik güzellik ve lazer merkezlerinde, anti aging, diyet, zayıflama, çocuk bakımı ve işitme cihazı satan merkezlerde yapılan tüm giderler ve gıda intolerans testleri,
- 5.26. 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,

- 5.27. Telefon, hasta ve refakatçi yemekleri haricindeki yiyecekler ve benzeri tüm ekstra harcamalar, suit oda farkı, Sigortacı tarafından onaylanmış Hastane Dışı Tedavi Teminatı dışındaki özel hemşire masrafları,
- 5.28. Sigortalı'nın alkolizm ve uyuşturucu madde bağımlılığı ile ilgili her türlü giderleri, alkol zehirlenmesi, alkol ve her türlü uyuşturucu madde kullanımı sonrası olabilecek hastalık ve kazaların gerektirdiği tedavi giderleri, sigara ve türevlerinin bırakılma tedavisi ve araçlarına ait tüm giderler,
- 5.29. Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen işlemlerde, Türk Tabipler Birliği ("TTB") Referans Ücret tarifesindeki birimler dikkate alınarak belirlenen ücretin üstünde kalan tutar,
- 5.30. Bilimselliği kanıtlanmamış deneysel (experimental) ya da araştırma amaçlı yapılan işlemler, klinik çalışma fazında olan işlemler, well-being, alternatif tıp yöntemleri (akupunktur, mezoterapi, nöralterapi, kayropratik, osteopati vb.) ile ozon terapisi,
- 5.31. 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,
- 5.32. İlaç olarak kabul edilmeyen madde ile Sağlık Bakanlığı tarafından ilaç ruhsatı verilmemiş tüm ilaçlar,
- 5.33. Hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol amaçlı yapılan işlemler,
- 5.34. İşbu Özel Şartlar'da tanımlanmış olsun veya olmasın, teminat tablosunda yer almayan herhangi bir teminat kapsamına giren sağlık giderleri veya işlemler,
- 5.35. Profesyonel ve/veya lisanslı olarak yapılan her türlü müsabaka ve/veya antrenmanları nedeniyle oluşan hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin tüm giderler,
- 5.36. Sigortalı'nın, ehliyetsiz araç kullanımı sonucu olan kazalarının gerektirdiği tedavi masrafları,
- 5.37. Sigortalının vefatı halinde cenaze işlemleri ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
- 5.38. Hamilelik ve doğum ile ilgili tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
- 5.39. Sigortalının hastalık ve/veya rahatsızlık sonucu çalışmaması nedeni ile elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,
- 5.40. Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması halinde, gündelik bakım parası,
- 5.41. Sigortacı tarafından teminat kapsamında değerlendirilerek kabul edilen ambulans hariç her türlü ulaşım gideri,
- 5.42. Sigortalının kurumsal internet sitesinde belirtilen "Geri Ödeme Alınmayacak Kurumlar" adımı altında bulunan kurumlara ve/veya hekimlere ait her türlü sağlık giderleri,
- 5.43. Hayati öneme sahip olmayan ve alternatif olabilecek tetkik ve/veya tedavi yöntemi olmasına rağmen teknolojik gelişmeler doğrultusunda yeni uygulamaya alınan tetkik ve/veya tedavi yöntemleri nedeniyle oluşan fark ücreti
- 5.44. Lens ve optik merkezleri ile işitme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,
- 5.45. Ayak sağlığı ve/ya ayak bakım merkezlerinde yapılan tüm giderler ile yapılan işlemlere bağlı komplikasyonlar,
- 5.46. Elden tazminat değerlendirmesi için gerekli evrakların ulaştırma ve tercüme bedelleri,
- 5.47. Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan doktorun ücreti,

5.48. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler ile ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan tüm giderler,

5.49. Yatarak Tedavi Teminatı olan poliçelerde sigorta yılı içinde 180 günü (Yaşam Boyu 720 günü) geçen hastanede yatarak tedaviler (normal oda yatışları 1 gün, yoğun bakım yatışları 2 gün üzerinden hesaplanır) ile ilgili her türlü giderler,

Uygulama İstisnası:

- *Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olan sigortalılarda yaşam boyu gün limiti (720 gün) uygulanmaz.*

5.50. Teletıp (online verilen hizmetler) kapsamında yapılan tüm giderler.

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

Bu sigorta sözleşmesi, yurtdışı tedavi teminatı hariç diğer teminatlar için Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.) sınırları içinde geçerlidir.

7. TEMİNATLARIN UYGULAMA USÛL VE ESASLARI

7.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU

İşbu teminat kapsamında, teminat altına alınan sağlık giderleri için, sağlık kurumlarında yatış süresi;

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

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

Uygulama İstisnası:

- *Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olan sigortalılarda yaşam boyu gün limiti (720 gün) uygulanmaz.*

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 tedavisinin sonuna kadar devam eder.

- Ancak bu süre, hiçbir şekilde poliçe bitiş tarihinden itibaren 15 günü geçemez.

7.1.1. 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) bu teminat kapsamındadır.

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.

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

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

Sigortalıların, ameliyatı gerçekleştirecek olan doktorun talep ettiği ücretin, ameliyat olmadan önce öğrenilmesi ve bu tutarın poliçe kapsamında kısmen veya tamamen karşılanıp karşılanmayacağına Sigortacı'ya sorulması dikkat edilmesi gerekli bir noktadır.

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

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda;

- "Sağlık Hizmet Tarifesi"nde değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak işlem yapılacak teminat (Ameliyat ya da Küçük Müdahale) 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 kadar ve her durumda TTB Referans Ücret Tarifesi ile sınırlıdır. Kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tetkik ve tedavi işlemleri için ödenecek ücret, Sigortacı'nın ödeyeceği tutardan fazla olursa aradaki fark Sigortalı tarafından karşılanır.

Sağlık Hizmet Tarifesinde yer almayan işlemler, Türk Tabipleri Birliğinden (TTB) alınacak görüş doğrultusunda değerlendirilecektir.

7.1.2. Hastane Tedavisi

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

- 24 saat yatış gerektirmese dahi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanan ve Poliçe Özel ve Genel Şartları dikkate alınarak teminat kapsamındaki acil tıbbi durumlara ilişkin tüm sağlık giderleri,
- Sigortalanması şartı ile yeni doğan bebeğin fizyolojik sarılık tedavisi ve fototerapi ile ilgili giderleri,
- Yirmidört (24) saatten kısa sürse bile Böbrek Taşı Kırma (ESWL) ile giderleri
- Trafik kazası tespit tutanağı ve Doktor raporu ile belgelenmek kaydıyla, sadece trafik kazası sonucu oluşan başvurularla ilgili sağlık giderleri, 24 saatten az yatış gerektirse bile bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.1.3. Kemoterapi Teminatı

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

- Kemoterapide kullanılacak olan kemoterapi ilacı giderleri, ancak FDA onayının verildiği kanser tipleri için ödenebilecektir.
- Antineoplastik olmayan ama, kemoterapi gören kişilerde destek tedavisi amaçlı uygulanan ilaçlar da bu teminat kapsamındadır.
- Hastanede yatırılarak yapılmaya dahi oral antineoplastik ilaçlar bu teminat kapsamındadır.
- Ayrıca, teminat kapsamında olan Hepatit C tanısının tedavisinde kullanılan 'interferon alpha' etken maddeli ilaçlar (Roferon-A ya da Intron A) ve 'peginterferon alpha' etken maddeli ilaç (Pegasys ya da pegintron) giderleri de bu teminat kapsamında değerlendirilir.
- Hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan tetkikler, ilgili ayakta tedavi teminatları kapsamındadır.

7.1.4. Radyoterapi Teminatı

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

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

7.1.5. Diyaliz Teminatı

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

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

7.1.6. Küçük Müdahale

TTB Referans Ücret Tarifesine göre 149 birime kadar (149 dahil) olan tedavi niteliği taşıyan cerrahi ve/veya ortopedik işlemler (tüm cilt kesileri için yapılan girişimler, kırık ve çıkıklara yapılan müdahaleler, alçı veya atel uygulama, yabancı cisim çıkarılması, tam lezyon çıkarılması ile (eksizyonel) yapılan biyopsi işlemleri gibi tedavi niteliği taşıyan benzer işlemler) ayakta ya da yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamında değerlendirmeye alınır.

- Küçük Müdahale Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde, girişim sırasında kullanılacak malzeme, ilaç ve müdahaleyi yapan Doktor ücreti bu teminattan karşılanır.
- Reçete edilecek ilaçlar ile ilaçların uygulanması için yapılan her türlü enjeksiyon (IM, IV, intraartiküler ve tetik nokta enjeksiyonu) giderleri, Küçük Müdahale öncesi ve sonrası yapılan doktor muayeneleri ve tetkik giderleri, ilgili Ayakta Tedavi Teminatları kapsamında ödenir.
- Omurga ve disk hastalıklarına yönelik uygulanan faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon vb. ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, yapılan işlemin TTB Referans Ücret Tarifesindeki birimine ve yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın Küçük Müdahale Teminatı kapsamında ödenir.
- PUVA tedavisine (Ultraviyole ışınıyla deri hastalıklarının tedavisi) ilişkin giderler Küçük Müdahale Teminatı kapsamında ödenir.

- Aynı seansta yapılan, birden fazla müdahalenin TTB Referans Ücret Tarifesi'ndeki birimlerinin toplamı 150 ve daha yukarıda olsa bile, eğer içlerinde tek başına TTB Referans Ücret Tarifesi'nde birimi 150 ve daha yukarıda olan bir müdahale yok ise, tamamı Küçük Müdahale Teminatı kapsamında değerlendirilir.
- Amatör yapılan tehlikeli sporlar (binicilik, sürücülük, dağcılık, tırmanma, kano, rafting, dalgıçlık, paraşütle atlama, gökyüzü kayağı, bungee jumping, sivil havacılık, deltaplan, planör, balon vb.) ile motorsiklet kullanımı sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar ile ilgili giderler yıllık 1.000 TL limitli olacak şekilde bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.1.7. Hastane Dışı Tedavi

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

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

Hastane Dışı tedavi giderleri, sigorta süresi içinde en fazla 8 haftaya kadar ödenir ve bu süre, işbu Özel Şartlar'ın 7. maddesinde tanımlı sigorta süresi içindeki sağlık kurumunda yatış süresinden düşülür.

Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için;

- Sigortalı'yı tedavi eden doktor tarafından yazılan ve,
- Sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir tıp eğitimi görmüş personel eşliğinde,
- Sigortalı'nın sürekli veya geçici olarak ikamet ettiği yerde veya tıbbi bakım merkezinde sürdürülmesi gerektiğini belirten bir raporla Sigortacı'ya bildirilmesi,
- Hizmetin hastaneye yatış nedeniyle ilgili tedavinin devamını oluşturması,

Bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin Hastane Dışı Tedavi gerçekleşmeden önce Sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

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

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.

7.1.8. Suni Uzuv ve Protez

İşbu teminatla, sigorta süresi içinde; meydana gelen kaza sonucu gerekli olacak (suni el, kol, bacak, göz) veya hastalık sonucu gerekli olacak (meme) protez ve suni uzva ait giderler, suni uzuv ve protezin takılması için gerçekleştirilecek ve Sigortacı tarafından kabul edilen

Ameliyat fatura bedelinin üçte birini aşmamak kaydıyla, işbu teminat ve limitleri dahilinde karşılanır.

Sözleşme kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi operasyonu sonrası, gerekli olan meme protezlerine ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir. Ancak, protez uygulaması dışındaki diğer rekonstrüksif cerrahi giderleri kapsam dışındadır.

Sigorta başlangıç tarihinden önce var olan maluliyetler için kullanılacak suni uzuvlar, var olan suni uzuvların yenilenmesi ve trafik kazası sonucu oluşan durumlar hariç dış protezlerine ilişkin giderler de teminat kapsamı dışındadır.

7.1.9. Acil Ulaşım

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

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

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

Belirtilen süreçler Sigortalı’nın nakil için sağlığının uygun olup olmadığının belirlenmesi açısından zorunlu olup, tamamlanması sırasında kaybedilen zamandan Sigortacı sorumlu tutulamaz.

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

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

7.1.10. Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavisi

Kaza tutanağı ve doktor raporu ile belgelenmek kaydıyla, sadece trafik kazası sonucu zedelenmiş dişlerin eski hallerini alması için diş hekimlerince yapılan diş ve çeneye uygulanan her türlü tıbbi ve cerrahi müdahale için oluşacak giderler, bu teminat kapsamında ödenir.

7.1.11. Rehabilitasyon

Sigortalının Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında gerçekleşmiş tedavisi ile ilgili Rehabilitasyon giderleri, hastaneden taburcu olduğu tarihten itibaren 30 gün içinde başvurulması kaydı ile, bu teminat dahilinde en fazla 30 seans limiti ile ödenir. Tedavinin birden fazla vücut

bölgesine uygulanması durumunda her bir bölgeye yapılan rehabilitasyon uygulaması bir seans olarak değerlendirilir.

Bu teminat kapsamında, nörolojik rehabilitasyon (serebral veya spinal travma, serebrovasküler olaylar, hemiplejiler, parkinson, multipl skleroz, nörojenik mesane, nörolojik hastalıklar sonrası ortaya çıkan spastisite, doğuştan olmayan nörolojik kas hastalıkları, spinal müsküler atrofiler, miyopatiler, müsküler distrofiler) ve ortopedik rehabilitasyon (travma ve ortopedik ameliyatlar sonrasında rehabilitasyon, implante edilen protezlerin kullanımı, kontarktürlerin açılması) ödenmektedir.

7.1.12. Ameliyat Tazminat Teminatı

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

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

7.2. AYAKTA TEDAVİ TEMİNAT GRUBU

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

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

7.2.1. Doktor Muayene

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

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

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

7.2.2. İlaç

Doktor tarafından düzenlenen reçetede yazılı, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı farmasötik ürünler (teminat kapsamı içinde bulunan aşılarda dahil) doktor reçetesi, ilaç kupürü ya da ilaç Takip Sistemi (İTS) çıktısı ve fiş veya fatura asılları ile belgelenmiş olmak koşulu ile bu teminat kapsamında ödenir.

- Her reçetede en fazla bir aylık doza tekabül eden ilaç giderleri karşılanacaktır. Ancak kabul edilen kronik hastalıklara ilişkin ilaçlar, ilgili ilaçların sürekli kullanılma neden ve gerekçesini belirten doktor raporu ve üzerinde sürekli kullanılacağı belirtilen ilaçlara ait reçete fotokopisinin Sigortacı'ya iletilmesi halinde, sigorta süresi ile uyumlu olacak şekilde 3 aylık tedavi dozları halinde karşılanacaktır.
- Doktor muayenesi sonrası düzenlenen reçetelerde, doktorun veya sağlık kuruluşunun yasal olarak bulundurmaya zorunda olduğu "Hasta Kayıt Defteri'ndeki" protokol numarası ve Sigortalı'ya konulan teşhisin yazılı olması, ayrıca doktorun diploma numarası ve uzmanlık dalını gösteren kaşesi ve imzasının bulunması gerekmektedir. Bu formata uymayan reçeteler kabul edilmeyecektir.
- Reçetenin yazıldığı tarihten itibaren en geç 10 (on) gün içinde ilaçlar alınmalıdır. On günlük sürenin aşılması durumunda reçete geçersiz sayılacak ve işlem yapılmayacaktır.
- Reçetede belirtilen ilaç dozu dikkate alınarak yapılan hesaplama göre ilacın kullanım süresi dolmadan, aynı etken maddeli ilaç talepleri kabul edilmeyecektir.
- Ayrıca aşağıda belirtilen aşılarda, poliçede belirtilen "ilaç" teminatı kapsamında karşılanır.
 - Çocukluk çağı rutin aşılı;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),
 - Yetişkinler dahil Kuduz ve Tetanoz aşılı da her yaş grubu için kapsam dahilindedir.

7.2.3. Laboratuvar

Hastalığın teşhisi ve tedavisi için tıbben gerekli görülen tahliller ile kimyasal madde ve ilaçlara ait giderleri kapsar.

Hepatit markerlerine ait giderler, sadece karaciğer enzim değerlerinin normal değerlerin üzerinde olması durumunda ödenir.

7.2.4. Görüntüleme

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

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

7.2.5. Modern Teşhis

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

Modern teşhis teminatından ödenecek işlemlerden bazıları bilgi amacıyla aşağıda belirtilmiştir:

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

7.2.6. Fizik Tedavi

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

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

7.2.7. Yardımcı Tıbbi Malzeme

Hastalığın tedavisinin bir parçası olarak gerekli olan atel, elastik bandaj, ortopedik tabanlık, bot, boyunluk, varis çorabı, koltuk değneği, tıbbi nebülizatör gibi yardımcı tıbbi malzemeler ile işitme cihazı teminat tablosunda belirtilmiş limit, muafiyet ve katılım payı dahilinde bu teminat kapsamında değerlendirilir.

7.3. EK TEMİNATLAR

İçeriği ve geçerli olduğu sağlık kurumları ile limit, muafiyet ve katılım payının teminat tablosunda belirtildiği check-up işleminin değerlendirildiği teminatı ifade eder. Bu teminat, 18 yaşını doldurmuş kişilerde geçerlidir.

7.4. YURTDIŞI TEDAVİ TEMİNATI

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

- Yurtdışı Tedavi Teminatı, Sigortalının tazminat talebine konu olan sağlık giderinin olay tarihinden geriye dönük son 1 yıl içinde Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.) sınırları dışında diğer ülkelerde bulunduğu toplam sürenin 90 günü geçmemesi şartı ile geçerlidir.
- Bu sürenin belirlenmesi için, kişinin pasaportundaki giriş-çıkış tarihleri dikkate alınır. İhtiyaç olması halinde, E-Devlet te yer alan “Yurda giriş-çıkış belge sorgulama” alanındaki kayıtlarını da talep edilebilir.
- Sigortalı yurtdışındaki sağlık giderlerini öncelikle kendisi ödemeli ve ilgili sağlık giderlerinin ödendiğine yönelik “öndendi” 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 getirilen 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,
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında geri ödeme yapılabilecek ilaçlar listesinde olması
- Türkiye’ye yasal yollarla getirilmesi (Türk Eczacılar Birliği aracılığı ile)

8. SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMA ESASLARI

8.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ait güncel listeye, Sigortacı’nın internet sitesi olan www.aegon.com.tr adresinden ulaşılabilir. Sigortacı, sigorta süresi içinde, önceden herhangi bir bildirimde bulunmaksızın Anlaşmalı Sağlık Kurumları’nda değişiklik yapabilir. www.aegon.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 dair

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

8.2. ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMLARI

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, işbu 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.

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

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

9. TAZMİNAT ÖDEMESİ

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

- a. Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu (ilgili bölümlerinin Sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kurumu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- b. Tüm sağlık giderlerinin fatura asılları ve (işlem bazlı) ayrıntılı fatura dökümleri,
- c. Yatarak tedavilerde ameliyat raporu ve/veya epikriz raporu,
- d. Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- e. Reçetenin aslı, ilaç kupürleri ya da ilaç takip sistemi çıktısı ve eczaneden alınan kasa fişi veya fatura,
- f. Sinüzit ameliyatlarından önce Sigortalı'ya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,
- g. Fizik tedavi giderlerinde, varsa tedavi gerekliliğini gösteren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.) ve ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü),
- h. Her türlü adli olayda (trafik kazası dahil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),
- i. 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.
- j. Tedavi yurtdışında gerçekleşmiş ise;
 - Yurtdışında yapılan tedavilere ait doktor raporları ve yapılan tetkiklere ait sonuçların Türkçe tercüme (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.

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

Police başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olan doğuştan gelen hastalıklar ile bekleme süresine tabi olan hastalıkların ilk tanısının konulduğu muayene gideri, Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na başvurulmuş olsa dahi öncelikle sigortalı tarafından ödenir. Sigortalı tarafından ödenen sağlık giderlerine ilişkin tüm belgeler, Sigortacı'ya ulaştıktan sonra, işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile teminat tablosuna göre Sigortacı tarafından ödenir.

Teminat tablosunda vaka bazlı belirtilmiş olan teminatlarda "vaka" tanımı aşağıdaki gibidir.

- a. Sigortalı'nın bir şikâyete bağlı olarak gerçekleştirilen ön muayenesi sonucu, şikâyet ile ilgili patolojilerin açığa çıkması veya doğrulanması amacı ile yapılan tüm işlemler aynı vaka olarak değerlendirilir. Bu işlemler şunlardır:
 - İlk doktor muayenesi,
 - Laboratuvar tetkikleri, görüntüleme işlemleri (röntgene ilişkin giderler ile tomografi, MRI, sintigrafi, endoskopi, odyografi ve benzeri ileri tetkik giderleri),
 - Tanı ile ilgili branş doktorlarının konsültasyonları ve konsültanların istediği tüm tetkikler,
 - Yukarıdaki ilk 3 madde sonucu yapılması gereken tüm ayakta, hastanede yatarak yapılan medikal ve cerrahi tedaviler ve bunlara ilişkin oda, refakatçi, tıbbi malzeme, ilaç ve fizik tedavi giderleri.
- b. Sigortalı'nın, yukarıdaki a) paragrafında belirtilen işlemleri esnasında tesadüfi olarak ortaya çıkan komşu organ veya uzak organ/sistem patolojileri, ilk tedavi ve hastalık/sendrom bazında ilintisiz buldukları takdirde farklı vaka olarak nitelendirilirler.
- c. Ayakta tedavilerde, aynı vaka olarak tanımlanan bir belirti, bulgu, analiz ve tedavi sonrasında bu vaka ile ilgili ek tüm işlemler 15 günden sonra farklı bir vaka olarak ele alınır. Aynı vakaya ait ilk 15 günde ortaya çıkan komplikasyonlar da aynı vaka olarak ele alınır.

Aynı vaka sürecinde ek bir etkenle (anestezi, ilaç yan tesiri, iatrojeni, stres, komplikasyon) etyoloji bakımından bağımsız yeni bir vaka ortaya çıkarsa ilk vakayı ilgilendiren tetkik ve tedaviler aynı vaka kapsamında, diğerleri farklı bir vaka olarak ele alınır.

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

Sigortacı'nın işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki haklarını kullanabilmesi bakımından, tazminat değerlendirmesi sonucunda ödeme veya ödememe kararını verdiği tarih esas olacaktır. Sigortalı'nın oluşan sağlık giderine üçüncü şahısların neden olması

halinde, Sigortacı Sigortalı'nın yerine geçerek ödediği tazminat tutarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

10. BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

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

Sigortalı ve/veya Sigorta Ettiren sağlık beyan ve başvuru formunda yer alan sorulara tam ve doğru olarak cevap vermekle yükümlüdür. Sigortacı gerekli gördüğü hallerde ek beyan, bilgi ve belge talep edebilir. 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.

11. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

11.1. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİNE İLİŞKİN UYGULAMA ESASLARI

Sözleşmenin yenilenmesi, mevcut sigorta sözleşmesinin, sonra ermesini takiben, Sigortacı'nın yapacağı değerlendirme sonucunda, sigorta bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yapılmasını ifade eder.

Mevcut sigorta sözleşmesinin sona ermesi sonucunda Sigortacı, yapacağı değerlendirme sonucunda sigorta sözleşmesini hiç yenilemeyebileceği gibi, sigortalının mevcut rahatsızlıkları ve/veya hastalıkları için ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak yenileyebilir.

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı tarafından aksi yazılı olarak talep edilmedikçe Sigortacı, sona eren sözleşmeyi bitiş tarihi itibariyle otomatik olarak yenileyebilir.

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalının, yenilenen sözleşmenin başlangıç tarihi itibariyle ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptali talebinde bulunması halinde, yenilenen poliçede herhangi bir tazminat ödemesi olmaması kaydıyla poliçe başlangıç tarihi itibariyle iptal edilir ve primin tamamı Sigorta Ettiren'e iade edilir. Tazminat ödemesi yapılmış/ yapılacak olması veya talebin 30 günden sonra gelmesi durumunda, "Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı" maddesi uyarınca iptal yapılır.

Mevcut sigorta sözleşmesinin bitiş tarihini 30 gün geçtikten sonra yapılan başvurularda, Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı ile kaç yıldır sözleşme yapıldığına bakılmaksızın sigortaya ilk yıl girişi olarak değerlendirilir. Bu durumda, yeniden risk değerlendirmesi yapılır ve işbu Özel Şartlar'da belirtilen bekleme süresi uygulanır ve kazanılmış hakların devamı söz konusu olmaz.

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.

Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki sigorta sözleşmesindeki prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı yenilemede de geçerli olacaktır.

11.2. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ (ÖBYG)

Bu üründe Ömür Boyu Yenileme Garantisi poliçenin Sigortacı tarafından mevcut özel sağlık 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 sigorta primini düzenli ödeyerek sigorta sözleşmelerini sigortacıdan düzenli olarak yenilemesi ve
- Sigortacı'nın, ilgili sigorta ürün grubuna ait risk kabul uygulamaları ve poliçenin yenileme tarihinde geçerli özel şart hüküm ve koşulları doğrultusunda yapılan risk değerlendirmesi sonucunda, sigorta sözleşmesinin belirlenen şartlarla ve düzenli prim ödemesi yapıldığı sürece,

Yeniden risk değerlendirmesi yapılmaksızın yenilenmesi hakkını vermeyi kabul, beyan ve taahhüt eder.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi, Sigortalı'nın, Sigortacı'da 56 yaşından önce sigortaya ilk giriş yaptığı, kesintisiz üç yıl sigortalı kaldığı ve bu süre içerisinde "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesine uygun davrandığı durumlarda, Sigortacı tarafından yapılacak tıbbi ve teknik

değerlendirme sonucuna göre sigortalanması uygun görülen kişilere verilebilir. Ancak, Sigortacı'nın değerlendirme sonucuna göre, Sigortalı'ya bu hakkı vermeme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) verme hakkı saklıdır.

Sigortacı tarafından Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı değerlendirmesi, kesintisiz üç yıl sigortalılık süresi dolduktan sonraki ilk yenileme döneminde yapılır.

İşbu madde anlamında kesintisiz sigortalılık süresi, aynı sigorta sözleşmesinde mevcut tüm sigortalı bireyler bakımından da ayrı ayrı aranılacaktır.

Bu hakkın verilmesinden sonra, Sigortacı, Sigortalı'nın ortaya çıkacak yeni rahatsızlık ve hastalıklarından dolayı Sigortalı'ya yeni ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) uygulaması yapmayacaktır..

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kişiye özel bir hak olup, bu hakkı kazanmış Sigortalıya aittir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkına sahip olunması halinde dahi yenilemelerde, yukarıda "Sözleşmenin Yenilenmesine İlişkin Uygulama Esasları" maddesindeki hüküm ve şartlara göre hareket edilmelidir. Sigortacı, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı olan Sigortalıların poliçelerinin muadil teminatlarla yenilenmesinden sorumludur. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip Sigortalı'nın, bu hakkının korunabilmesi için devam eden ve sonraki sözleşmelerinin aralıksız olarak muadil teminat yapısı ile yenilenmesi, primlerinin düzenli olarak ödenmesi gerekir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı alındıktan sonra, sigortalı sigorta ürünü değiştirmek ve teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını yeniden değerlendirir.

Sigortacı tarafından, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı için risk değerlendirmesi 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, hastalık ek primi ve/veya istisna uygulama hakkına sahiptir.

Şirketimizde bu ürün kapsamında kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışında olup ayrıca ilk sigortalılık tarihinden sonra ortaya çıkan rahatsızlık/hastalıklarla ilgili, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı elde edilen tarihe kadar, yenileme dönemlerinde yeniden tıbbi değerlendirme yapılarak ek şartlar (limit, muafiyet, ek prim vb.) uygulanabilir.

Sigortacının ürün satışını durdurması durumunda, Sigortalının poliçesini muadil bir ürün ile yeniler.

Sigorta sözleşmesi kapsamında teminat altına alınan sağlık giderleri için, sağlık kurumlarında yatış süresi, yaşam boyu 720 gün, bir (1) yıllık sigorta süresi için ise 180 gündür. Normal oda yatışları bir (1) (bir) gün, yoğun bakım yatışı ise iki (2) gün üzerinden hesaplanarak, toplam sağlık kurumunda yatış süresinden düşülür. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olan sigortalılarda yaşam boyu gün limiti (720 gün) uygulanmaz.

Sigortalı'nın isteği ile, bu hak elde edildikten sonraki yenileme dönemlerinde plan ve ürün değişikliği yapılması durumunda ise risk değerlendirmesi tekrar yapılacaktır. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre, daha önce verilen Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkının geçerliliğini kaldırma, plan ve/veya ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) kabul etme hakkına sahiptir.

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

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

- Sigorta priminin poliçe üzerinde belirtilen vadelerde ödenmemesi nedeniyle sözleşmenin iptal edilmesi,
- Sigortalı'nın/Sigorta Ettiren'in Azami İyi Niyet Prensibi ilkesine uymaması,
- Sigortalı'nın gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunduğu veya sigorta teminatlarının kötü niyetle kullanıldığının tespit edilmesi durumunda,
- Sözleşme kapsamındaki Sigortalılardan birisinin yenilenmemesi ve sadece riskli olan ve poliçeyi daha fazla kullanan kişilerin tek başına yenilenmesi.

12. PRİM TESPİTİ

İlk defa sigortalanan kişilerin prim tespitinde, ürün tarife fiyatı baz alınır. Aynı planda kalmak suretiyle poliçesinin yenilenmesine karar verilen kişi için yenileme primi, aynı yaş ve cinsiyetteki ilk defa sigortalanan sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 katını geçemez.

12.1.PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

12.1.1. 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.

12.1.2. Poliçe Primi:

Tarife primleri baz alınarak, "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış ek prim ve/veya indirimlerin (dönemsel indirimler hariç) uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen primi ifade eder.

12.1.3. Ödenecek Poliçe Primi:

Poliçe primleri baz alınarak "Prime İlişkin Düzenlemeler" bölümünde tanımlanmış tüm dönemsel indirimlerin de uygulanması sonucunda kişiye özel belirlenen ödenecek primi ifade eder.

12.2. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

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

Sigortacı'da sona eren sözleşmenin yenileme dönemi sırasında;

- Poliçedeki her bir sigortalı için son yılın Ödenen Tazminat/ Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu yeni yıl primlerinde aşağıda belirlenen koşul ve oranlarda indirim ve/veya ek prim uygulanabilir.
- Check-up teminatı ve 40 yaş üstü kadınlarda mammografi ve erkeklerde PSA için ödenen tazminatlar, Ödenen Tazminat / Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının hesaplamasında dikkate alınmaz.
- Poliçeye ara dönemde girişi yapılan 0-1 (bir) yaş aralığındaki çocukların ilk poliçe yenilemesinde, Ödenen Tazminat/Ödenecek Poliçe Primi (T/P) oranının değerlendirilmesi sonucu, yenilenecek poliçe primlerinde aşağıda belirlenen koşul ve oranlarda indirim ve/veya ek prim uygulaması yapılmayacaktır.

Sadece Ayakta Tedavi Teminatı veya Yatarak ve Ayakta Tedavi Teminatı içeren poliçeler için;

T/P ARALIĞI	İNDİRİM/EK PRİM ORANI
0%	-25%
0% < ≤ 15%	-20%
15% < ≤ 40%	-15%
40% < ≤ 50%	-5%
50% < ≤ 100%	0%
100% < ≤ 110%	5%
110% < ≤ 120%	10%
120% < ≤ 140%	15%
140% < ≤ 160%	20%
160% < ≤ 180%	25%
180% < < 200%	30%
200% ≤	50%

Sadece Yatarak Tedavi Teminatı içeren poliçeler için;

- Birinci yılın sonunda T/P Oranı 0% ise, %10
- İkinci ve üstü yıllarda T/P oranı 0% ise, %20 indirim uygulanır

Uygulama İstisnası: Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı olan sigortalılar T/P ye bağlı ek prim uygulamasından muaftır.

12.2.2. 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.

12.2.3. Diğer

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

13. SİGORTAYA KABUL UYGULAMALARI

Bu sigorta ile, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden, 0 – 60 yaş aralığındaki kişiler ile Ömür Boyu Yenileme Garantisi (“ÖBYG”) almış 60 yaşından büyük kişiler sigortalanabilmektedir.

Yapılan başvurular, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde değerlendirilecek ve kabul edilmesi halinde, poliçeye giriş tarihleri olarak başvuru tarihi esas alınacaktır. Ancak yeni doğan bebek için sigortaya başvuru, bebeğin doğum tarihinden 14 günden sonra yapılabilir.

13.1. DEVAM EDEN POLİÇEYE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

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 durumunda mümkündür.

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

Süresi içerisinde yapılan başvurular, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde değerlendirilecek ve kabul edilmesi halinde, poliçeye giriş tarihleri olarak başvuru tarihi esas alınacaktır.

Poliçeye eklenecek kişilerin (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) primleri, yıllık prim üzerinden gün esasına göre hesaplanarak alınacaktır.

13.1.1. AEGON BEBEĞİ

Anne veya babanın, Aegon Emeklilik ve Hayat Sigorta A.Ş.’de en az 1 yıl süreyle kurumsal veya bireysel sağlık poliçesi olması halinde yenidoğan bebeğe; doğum tarihinden itibaren 30 gün içinde primin ödenerek poliçesinin aktif edilmesi şartı ile “Aegon Bebeği” hakkı verilir.

Doğum tarihinden itibaren ilk 15 gün içinde poliçeye başvurunun yapılması ve primin ödenerek poliçesinin aktif edilmesi halinde;

- “Aegon Bebeği” hakkı verilir ve bebeğin doğum tarihi, “İlk Sigortalanma Tarihi” olarak kabul edilir.
- “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkı verilir.
- “Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformiteler ile ilgili tetkik, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri” ile “7 (Yedi) yaş altı çocuklarda kasık ve göbek fitikleri” kapsam dahilindedir.
- “Bekleme Süreleri” uygulanmaz.

- Risk değerlendirmesi yapılmaz ve hastalık istisnası uygulanmaz.
- Yeni doğan bebeğe, doğumdan hemen sonra yapılması gereken;
 - Yeni doğan bebek muayenesi,
 - Kan grubu belirleme,
 - Direkt coombs, neonatal TSH, metabolik tarama testi, bilürubin, işitme testi (otoakustik emisyon),
 - Hepatit B aşısı işlemlerini içeren “yenidoğan sağlıklı bebek paketi” ne yönelik faturası teminat kapsamında değerlendirilir.
- “Aegon Bebeği” olarak poliçeye girişi yapılan sigortalıların doğum tarihinden itibaren 30 gün içerisinde oluşan Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderlerinin poliçe giriş tarihinden sonraki kısmı “Küvöz ve Prematürite” poliçe eki olan teminat tablosunda belirtilen limit dikkate alınarak teminat kapsamında olur.

Doğumundan sonraki 16-30 gün içerisinde poliçeye başvurunun yapılması ve primin ödenerek poliçesinin aktif edilmesi halinde;

- “Aegon Bebeği” Hakkı verilir ve sigortaya başvuru tarihi, “İlk Sigortalanma Tarihi” olarak kabul edilir.
- “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkı verilir.
- “Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformiteler ile ilgili tetkik, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri” ile “7 (Yedi) yaş altı çocuklarda kasık ve göbek fitikleri” kapsam dahilindedir.
- “Bekleme Süreleri” uygulanmaz.
- Sağlık beyanı alınarak risk değerlendirmesi yapılır. Doğum tarihi ile poliçeye giriş tarihi arasında geçen sürede ortaya çıkan edinsel hastalıkları için risk değerlendirmesi yapılır. İstisna uygulanabilir.
- “Aegon Bebeği” olarak poliçeye girişi yapılan sigortalıların doğum tarihinden itibaren 30 gün içerisinde oluşan Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderlerinin poliçe giriş tarihinden sonraki kısmı “Küvöz ve Prematürite” teminatı limit, katılım payı ve muafiyetleri dikkate alınarak teminat kapsamında olur.

Doğum tarihinden itibaren 30 günden sonra yapılan sigortaya başvuru taleplerinde;

- “Aegon Bebeği” hakkı elde edemez.
- Bu bebeklerin sigortaya kabulünde; standart yeni giriş kuralları uygulanır.
- İşbu Özel Şartlarda belirtilen tüm “Teminat Dışı Haller” ve “Bekleme Süreleri” geçerli olur.

Aegon Bebeği hakkı elde etse dahi; her türlü Doğumsal (konjenital), Genetik Anomali ve Genetik Hastalıkların araştırılması ve taranması ile ilgili tetkikler, her türlü gen haritasının çıkarılması giderleri, tedaviye yön verecek olsa bile kapsam dâhinde değildir.

14. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

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 Sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme sonucunda uygun görülen kişilerin 30 gün içinde sigortalanması şartı ile kazanılmış hakları korunabilecektir.

- İşbu Özel Şartların “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” maddesinde tanımlanan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı, önceki sigorta şirketinde kazanılmış olsa dahi, geçiş yapma talebinde bulunan sigortalı adayı için Sigortacı tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre korunabilecektir.
- Önceki sigorta şirketinde teminat kapsamında olan, ancak Sigortacı'nın tercih edilen sigorta ürününde bulunmayan teminat ve hizmetler kapsam dışında kalacaktır.

15. SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ

15.1. SİGORTA SÜRESİ

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 tarihinde saat 12.00'de başlar ve poliçe üzerinde belirtilen bitiş tarihinde, saat 12.00'de sona erer.

15.2. SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

Sigorta teminatları, başvurunun Sigortacı tarafından onaylanması ve poliçe priminin tamamının veya taksitli ödenmesi kararlaştırıldı ise ilk taksidinin 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.

15.3. SİGORTA ETTİREN VE/VEYA SİGORTALI'NIN İPTAL HAKKI

15.3.1. Başlangıçta İptal Hakkı

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı, poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunması halinde, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması durumunda, ödenen primler kesintisiz olarak Sigorta Ettiren'e iade edilir.

15.3.2. Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı isteği üzerine poliçenin iptal edilmesi durumunda prim iade tutarı, sigorta sözleşmesinin geçerli olduğu gün sayısının toplam sigortalılık süresine oranı esas alınarak hesaplanır. Sigorta süresi içerisinde ödenen toplam tazminat tutarı, gün esasına göre hesaplanmış Ödenecek Poliçe Priminin %65'ine eşit veya küçük ise, ödenmiş toplam primden, gün esaslı hesaplanan prim tutarı düşülerek kalan tutar Sigorta Ettiren'e ödenir.

Poliçenin, bu madde gereğince iptali halinde, toplam tazminat tutarının (ödenmiş, ödenecek), gün esaslı hesaplanan Ödenecek Poliçe Primi tutarının 65%'ini aşması durumunda, herhangi bir prim iadesi yapılmaz.

15.3.3. Diğer

Sigorta Ettiren ve /veya Sigortalı'nın "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkelerine aykırı davranan, sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya sağlık gider belgelerinin sigorta sözleşmesi kapsamındaki diğer kimseler adına düzenletilmesi gibi kötü niyetli hareketlerinin saptanması durumunda Sigortacı, bu şekilde yapılmış bir tazminat talebini ödemiş olması halinde, ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve sigorta sözleşmesini bazı veya tüm sigortalılar için kısmen veya tamamen mebdeinden iptal etme hakkına sahiptir. Sigortalının, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile Sigortacı'nın uğrayacağı zararlardan Sigorta Ettiren, Sigortalı ile birlikte sorumludur.

15.4. Vefat Durumu

Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda, sigorta sözleşmesi geçersiz hale gelir. Sigorta Ettiren'in sözleşmede yer almadığı ve Sigortalı'ların Sigorta Ettiren'i değiştirerek sigorta sözleşmesini devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda Sigorta Ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir sözleşmede, Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda sigorta sözleşmesi geçersiz hale gelir. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla sigortalının olduğu sigorta sözleşmelerinde, sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının sözleşmeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır ve varsa prim iadesi, işbu Özel Şartlar çerçevesinde Sigorta Ettiren'e yapılır.