

## Bereket Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları

### İÇİNDEKİLER

<b>1</b>	<b>SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>TANIMLAR</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>TEMİNATLAR</b>	<b>8</b>
3.1	Yatarak Tedaviler	9
3.2	Evde Bakım ve Tedavi	9
3.3	Suni Uzuv	9
3.4	Tıbbi Malzeme	9
3.5	Ambulans	10
3.6	Ayakta Tedaviler	10
3.7	Doğum	10
<b>4</b>	<b>BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ</b>	<b>11</b>
4.1	Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi	11
4.2	Doğum Teminatı Bekleme Süresi	11
<b>5</b>	<b>TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>COĞRAFİ KAPSAM</b>	<b>14</b>
<b>7</b>	<b>TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI</b>	<b>14</b>
7.1	Limit ve Katılım Payı Uygulaması	14
7.2	Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network	14
7.3	Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi	14
<b>8</b>	<b>TAZMİNAT ÖDEMESİ</b>	<b>15</b>
8.1	Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler	15
8.2	Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi	16
<b>9</b>	<b>POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ</b>	<b>17</b>
9.1	Poliçenin Yenilenmesi	17
9.2	Ömür Boyu Yenileme Garantisi	17
<b>10</b>	<b>PRİM TESPİTİ</b>	<b>17</b>
10.1	Prim Tespitine İlişkin Kriterler	17
10.2	Prime İlişkin Düzenlemeler	18
10.2.1	Hastalık Ek Primi	18

10.2.2	Hasarsızlık İndirimi .....	18
10.2.3	Fark Primi Zeyili .....	18
10.2.4	Tarife Değişiklik Limiti Uygulaması .....	18
10.2.5	Diğer İndirimler .....	19
<b>11</b>	<b>YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ .....</b>	<b>19</b>
11.1	Sigortalı Girişi .....	19
11.2	Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun Değerlendirilmesi .....	20
11.3	Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi .....	21
11.4	Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet) .....	21
<b>12</b>	<b>GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR .....</b>	<b>21</b>
12.1	Teminat Değişiklik İşlemleri .....	21
12.2	Geçiş (Transfer) İşlemleri .....	21
<b>13</b>	<b>SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI .....</b>	<b>21</b>
13.1	Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal .....	22
13.2	Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı .....	22
<b>14</b>	<b>EKLER .....</b>	<b>23</b>
14.1	Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini .....	23
14.2	Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi .....	23
14.3	Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri .....	24
14.4	Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler .....	24
14.5	Rücu ve İstirdat Hakkı .....	24
14.6	Ekonomik Yaptırımlar .....	25
14.7	Terör Klozu .....	25

## 1 SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bereket Sigorta A.Ş. ("Bereket Sigorta"), sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içerisinde,

- Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK"), 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve buna ilişkin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında, Sigortacının bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarında alınan sağlık hizmetleri ile ilgili ilave ücret tutarlarını,
- Sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinde kalan tutarlarını,
- Otelcilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarları ve işbu özel şartlarla sınırlı olmak koşuluyla SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedellerini

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

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

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

## 2 TANIMLAR

### Sigortacı

İlgili branşlarda faaliyet ruhsatı bulunan, Türkiye'de kurulmuş sigorta şirkettir. İşbu Özel Şartlara tabi düzenlenen sağlık sigorta poliçelerinde Sigortacı Bereket 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

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sözleşmesini belgeleyen evraktır.

### Plan/Ürün Etiketi

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki bilgidir.

### Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

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.

### Özel Şartlar

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

### Sağlık Sigortası Genel Şartları ("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](http://www.tsb.org.tr) web sitesinde yer almaktadır.

### All Club Çağrı Merkezi

Sigortalıların her türlü soru, istek, öneri ve şikayetlerini aktarabildikleri ve ambulans, gibi çeşitli hizmetler alabildikleri 0850 399 95 95 no'lu telefon hattıdır.

### Bireysel Sağlık Sigortası

Bireyin tek başına veya anne, baba, evlenmemiş çocuklardan (evlat edinilen çocuklar dahil) oluşan çekirdek ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

### Hastalık

Sigortalının, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir doktor tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur. (Örnek: migren, gastrit gibi)

### Rahatsızlık

Bir kişinin doktora başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir. (Örnek: baş ağrısı, mide bulantısı gibi)

### Mesleki Hastalık

Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işini yürütürken gerçekleşen geçici veya sürekli bedensel veya ruhsal hastalık halleridir. (örnek: Asbestozis, silikozis, silikotuberkülozis gibi)

### İş Kazası

Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, yürütülmekte olan iş nedeniyle veya sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında meydana gelen travmatik hastalıkları ifade eder. (örnek: kalıp imalatında pres makinasına elin sıkışması, inşaat onarımı sırasında yüksekte düşme gibi)

Tehlike Sınıfı

İş sağlığı ve güvenliği açısından, yapılan işin özelliği, işin her safhasında kullanılan veya ortaya çıkan maddeler, iş ekipmanı, üretim yöntem ve şekilleri, çalışma ortam ve şartları ile ilgili diğer hususlar dikkate alınarak işyeri için belirlenen tehlike grubunu ifade eder.

Mevcut Hastalık /Rahatsızlık

Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan her türlü hastalık veya rahatsızlıktır.

İstisna

Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/rahatsızlıkların) Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucunda poliçe kapsamı dışında bırakılmasıdır.

Genel Sağlık Sigortası ("GSS")

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

SGK Katılım Payı

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

Sağlık Uygulama Tebliği ("SUT")

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

İlave Ücretler

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

Sağlık Kurumu

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

- a) Anlaşmalı Sağlık Kurumu ("AK")  
b) Sigortacı'nın ve/veya dahil olduğu program kapsamında Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için sözleşme yapmış olduğu ve aynı zamanda GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan sağlık kurumları ile kurum bünyesinde kadrolu olarak çalışan (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) ve Sigortacı ile anlaşmalı çalışan doktorları ifade eder.

- c) Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı ("Network")

Network, poliçede yer verilen anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

- d) Anlaşma Harici Sağlık Kurumu ("AHK")

Sigorta ettirenin, poliçede tercih etmiş olduğu Network dışında yer alan ve SGK ile anlaşmalı olup Bereket Sigorta ve/veya dahil olduğu program kapsamında anlaşmalı olunmayan sağlık kurumlarını ifade eder.

Poliçede belirtilen Network'de yer alan bir sağlık kurumunun kadrosunda görev yapan ve Bereket Sigorta ve/veya dahil olduğu program kapsamında sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar "Anlaşma Harici 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

Poliçede belirtilen Network'te yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavilerin 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 gerekse 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 tahakkuk tarihi esas alınır.

- b) Tahakkuk

Sigortacı'nın gelen tazminat talebini, önceden provizyon/e-provizyon alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, poliçe teminat ve limitleri, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirerek, sağlık kurumlarına ve/veya sigortalı/ sigortalılara ödeme yapılıp yapılmayacağı; yapılacaksa ödenecek tutara karar verme aşamasıdır.

c) Doğrudan Ödeme

Poliçede belirtilen Network' te gerçekleşen sağlık giderleri için, provizyon/e-provizyon alınarak, poliçe şartlarında katılım payı olması durumunda sigortalının sadece bu katılımları ödeyerek hizmet almasıdır. Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacı'nın sorumluluğunda olan kısım sigortalı adına ilgili kuruma ödenir.

d) Sonradan Ödeme

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

Tedavi Masrafları Talep Formu ("TMT Formu")

Sigortalı tarafından provizyon/e-provizyon alınmaksızın yapılan sağlık gideri ödemelerinin sonradan ödeme kapsamında değerlendirilebilmesi için, tedaviye ilişkin yapılan ödemeye ait fatura bilgilerinin sigortalı tarafından doldurularak Sigortacı'ya iletilmesi gereken formdur.

Teminat

Sigortacı'nın riskin gerçekleşmesi halinde, sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği güvencedir.

Limit

Poliçede her bir teminat için ödenebilecek azami yıllık brüt tazminat tutarıdır. Brüt limit, Sigortacı tarafından ödenebilecek tazminat ile sigortalı tarafından ödenmesi gereken katılım paylarının toplamıdır.

Ödeme Yüzdesi

Poliçede her bir teminat için belirtilen ve Sigortacı'nın ödemekle sorumlu olduğu oranı ifade eder.

Katılım Payı

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

Prim

a) Sağlık Tarife Primi

Sigortalının teminatları, ödeme yüzdesi, Network'ü, ikamet ili, yaşı, cinsiyeti gibi risk profili kriterlerini 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

Sağlık Net Primi üzerine varsa Ferdi Kaza ve/veya Hayat Teminatlarına ilişkin primlerin ve vergi tutarının eklenmesi sonucu oluşan prim tutarıdır. Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu, sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

#### Hastalık Ek Primi

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

#### Zeyilname

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

#### Sigorta Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Bereket Sigorta'da aralıksız devam eden tamamlayıcı bireysel sağlık sigortası poliçelerinde yeni iş poliçesine ilk giriş tarihidir.

#### Triyaj Uygulaması

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

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

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

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

### **3 TEMİNATLAR**

Sigortacı, poliçe süresi içerisinde bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarda SGK ile anlaşmalı branşlarda oluşacak GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için, SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak poliçede belirtilen Network, teminat, limit, ödeme yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı istisna/ lar, Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar doğrultusunda karşılar.



### 3.1 Yatarak Tedaviler

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

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

### 3.2 Evde Bakım ve Tedavi

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

Bu teminat sadece anlaşmalı kurumlarda geçerlidir.

### 3.3 Suni Uzuv

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu kaybolan uzvunu yerine koyma amacıyla takılan protezler ile bu protezlerin bakımları bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Suni uzvun yerine koyma işleminin veya bakımının ilgili poliçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir.

### 3.4 Tıbbi Malzeme

Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbasından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler ile hastanede yatarak gerçekleşen veya evde bakım sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen "Tıbbi Malzeme" teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Ayakta Tedavi ve Doğum teminatları kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak poliçede ilgili teminatlar varsa bu teminat kapsamında karşılanır.

GSS kapsamında karşılanmayan hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenerek Sigortacı'nın onaylanması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

### **3.5 Ambulans**

Sigortalı, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna karayolu ile nakli için Sigortacı'nın "All Club Çağrı Merkezi" 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.

### **3.6 Ayakta Tedaviler**

Sağlık kurumlarında yatış gerçekleşmeden sağlanan doktor muayene, röntgen, laboratuvar tetkikleri ve ileri tanı yöntemlerine ait giderler, poliçede tercih edilmeleri kaydıyla, bu teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışındadır.

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

#### **3.6.1 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon**

Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim tarafından tedavi planı düzenlenmesi durumunda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat için poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir.

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.

### **3.7 Doğum**

Poliçede, kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar doğum teminatı alabilir.

Bu teminat, poliçede tercih edilmesi ve "Bekleme Süreleri ve Teminat Hakedişleri" maddesinde belirtilen bekleme süresinin tamamlanması halinde geçerlidir.

Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavilere ait giderler poliçede belirtilen Doğum teminatı limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Gebelik ile ilgili periyodik doktor muayeneleri ve gebelik öncesi TORCH ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler, (TORCH, amniosentez, NST, Down üçlü

tarama vb.), Ayakta Tedaviler teminatının poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerli olup poliçede belirtilen Gebelik Rutin Kontroller teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

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

## **4 BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ**

### **4.1 Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi**

Yatarak Tedaviler kapsamında Kırmızı Alan durumları hariç olmak üzere, yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler ile ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler, sigorta kapsamına dahil olunduktan 3 ay sonra kapsama alınır.

### **4.2 Doğum Teminatı Bekleme Süresi**

Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dahil edilmesinden itibaren en az 12 ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Doğum teminatı kapsamındaki tüm giderler bu teminatın bir önceki yıl da seçilmesi kaydıyla geçerli olup, teminata ilişkin giderler, seçildiği ilk yıl kapsam dışındadır.

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

## **5 TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER**

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

1. Teşhis ve tedavinin uygulandığı tarihte GSS kapsamında olmayan ve GSS tarafından ödenmeyen, GSS müstehaklığının olmadığı dönemde oluşan her türlü sağlık gideri ile 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98.maddesi gereğince sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,
2. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
3. 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 gider,
4. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen veya SGK'nın muadil malzeme fiyatları üzerinden ödeme yaptığı durumlarda Anlaşmalı Kurumlarla yapılan protokol dahilinde kullanılanlar dışında kalan her türlü malzeme ve ilaç, mama, tatlandırıcı, genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç

- niteliği taşımayan kozmetik ürünler, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, ağız ve diş bakım aparatları, termometre ve vücut ısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,
5. Yeşil Alan uygulaması dahil ayakta tedaviler kapsamında her türlü ilaç,
  6. Sigorta/Police başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü sağlık gideri,
  7. Police başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi;
    - Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar,
    - Genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen hamilelik takibi hariç),
    - Her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi),
    - Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği,
    - Obesite ve metabolik sendrom ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri
  8. Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,
  9. Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,
  10. Sigortalının gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,
  11. Psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların muayene, nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dahil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider,
  12. Yaşlılıktan ileri gelen rahatsızlıklar, bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansiyel hastalıklar ile ilgili her türlü gider,
  13. Huzurevi, bakımevi, palyatif bakım merkezleri, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider (fizik tedavi dahil) ile sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider,
  14. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur ve PRP (Platelet Rich Plasma - Trombositten Zengin Plazma) gibi alternatif tıp uygulamaları ve her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,
  15. Herhangi bir hastalık/rahatsızlık olmadan kontrol amaçlı yapılan tetkikler ve evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler,
  16. Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey,
  17. Aşağıda belirtilen göz hastalıklarına ilişkin olarak;
    - a. Gözde kırılma kusurlarıyla (miyopi, hipermetropi, astigmatizm gibi) ilgili her türlü tetkik, ilaç, malzeme (multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) tedavi ve komplikasyon giderleri,
    - b. Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri (şaşılık ameliyatları, ortoptik tedaviler gibi),
    - c. Gözlük, lens giderleri

18. Ses ve konuşma terapileri,
19. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla(AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
20. Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi,
21. Doğum kontrol yöntemleri ve kısırlığa ilişkin aşağıda detayları belirtilen her türlü işleme ait giderler,
  - a. Kısırlık (infertilite) tanı, tetkik tedavi ve komplikasyonlarına ait giderler (ovülasyon takibi, tüp bebek, mikroenjeksiyon, histero salpingografi, histerosonografi, spermiyogram, AMH -Anti Müllerian Hormon gibi) ile kısırlıkla bağlantılı varikosel, endometriozis, adezyon (tüp yapışıklığı) tanılarıyla yapılan ameliyatlara ait giderler,
  - b. Düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler,
  - c. Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,
22. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler(penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),
23. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi) ile ilgili her türlü gider ile profesyonel sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin her türlü gider,
24. Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan (telefon, ulaşım, konaklama gibi) her türlü gider
25. Organ, doku nakli ve kan transfüzyonu süreçlerinde vericiye/verici adayına (donöre) ait tetkik, ilaç, girişim, ameliyat ve komplikasyon giderleri, organ ve doku bedeli, koruma ve transfer masrafları,
26. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina,
27. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider, kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanser tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),
28. Poliçede tercih edilmeyen teminatlar ve poliçede belirtilen teminat açıklamalarında yer almayan her türlü sağlık gideri,
29. Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar,
30. Mesleki hastalıklara ve iş kazalarına ilişkin sağlık giderleri

poliçe teminat kapsamı dışındadır.

## 6 COĞRAFI KAPSAM

Poliçe yer alan teminatlar sadece Türkiye’de geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe kapsamında değildir. KKTC yurtdışı olarak değerlendirilir.

## 7 TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

### 7.1 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.

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.

### 7.2 Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network

Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network’ler, [www.allclub.com.tr](http://www.allclub.com.tr) adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir.

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

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon alınmalıdır. Poliçede belirtilen Network kapsamında, provizyon alınarak gerçekleşen sağlık giderleri için teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde “doğrudan ödeme” sağlanır.

Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasında yer alması, bu kişi veya kurumların Bereket Sigorta tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kişi veya kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Bereket Sigorta tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Bereket Sigorta’nın sorumluluğuna gidilemez.

### 7.3 Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi

- Poliçede belirtilen Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle “doğrudan ödeme” sürecinde karşılanır.

- SGK ile anlaşmalı olan ancak Bereket Sigorta ve/veya dahil olduğu program kapsamında anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastanelerde/branşlarda gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

## 8 TAZMİNAT ÖDEMESİ

### 8.1 Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler

#### i. Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda;

Sigortalının poliçe ve teminatları için geçerli olduğu belirtilmiş Network dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında, Sigortacı' dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderleri, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdelere uygun olarak Sigortacı tarafından sigortalı adına anlaşmalı sağlık kurumuna yapılır. Bu ödemeler doğrudan ödeme sürecinde değerlendirilir.

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

#### ii. Anlaşma Harici Sağlık Kurumları'nda;

Sigortalının poliçesinde belirtilen Network'ü dışında gerçekleşen sağlık hizmetlerine ait faturalar;

- 1) Ayakta Tedavi ve Doğum teminatı kapsamındaki hizmetler hiçbir şekilde karşılanmaz.
- 2) SGK ile anlaşmalı herhangi bir hastanede gerçekleşmiş ve GSS kapsamında onaylanmış Yatarak Tedavilere ait fark faturaları poliçede belirtilen anlaşma harici kurum limiti ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- 3) Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri hiçbir şekilde karşılanmaz. İlave ücret alınmayan sağlık hizmetleri aşağıdaki gibidir. Ancak, Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' değiştiği takdirde aşağıdaki liste de aynı şekilde değişecektir.
  - Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
  - Yoğun bakım hizmetleri,
  - Yanık tedavisi hizmetleri,
  - Kanseri tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
  - Yeni doğana verilen sağlık hizmetleri,
  - Organ, doku ve hücre nakilleri,
  - Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
  - Diyaliz tedavileri,
  - Kardiyovasküler cerrahi işlemleri

## 8.2 Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi

Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi, sigortalının, detayları aşağıdaki maddelerde yazılı bilgi ve belgeleri eksiksiz şekilde Sigortacı'ya ulaştırmasını takiben Poliçe Özel Şartları, Genel Şartlar ve Türk Ticaret Kanunu (TTK)'nda öngörülen süreler içerisinde Sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.

- i. Doğrudan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;
  - Sigortalının tazminatı için belirtilen Network kapsamındaki anlaşmalı kurumunun öncelikle GSS kapsamında provizyon alması,
  - Sigortalının doktoru tarafından, tanı ve tedavi bilgilerini içeren "özel sağlık sigortaları hasta bilgi formu"nun doldurulması,
  - Başvuru ile ilgili varsa tetkik sonuçları, doktor raporları, adli vakalarda ilgili raporlar, reçete gibi belgeler gereklidir.
- ii. Sonradan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;
  - Sağlık giderinin, önce sigortalı tarafından Sağlık Kurumu'na ödenmesi durumunda, sigortalının bu giderlerini "Tedavi Masrafları Talep Formu (TMT Formu)" ekinde talep etmesi gerekmektedir.
  - Poliçe kapsamında yer alan sağlık giderleri, "Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler" maddesinin anlaşma harici sağlık kurumları bendi kapsamında değerlendirilir. Ödeme, poliçede tanımlı veya sigortalının bildirdiği banka hesap numarasına yapılır.
  - Sağlık giderinin ait olduğu sigortalı adına düzenlenmiş, Tedavi Masrafları Talep Formu "TMT Formu"nun ekinde;
    - GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü, (örnek: E-Devlet, Tedavi Bilgileri Sorgulama dökümü). Tıbbi malzeme faturaları için zorunlu değildir.
      - Fatura veya Faturanın alınmadığı durumlarda kasa fişi iletildiğinde, hizmeti alan kişinin netleştirilmesi için yapılan tanı, tedavi raporu ve tetkik sonuçları ile birlikte gönderilmelidir.
      - Yatış/ameliyat epikrizi, anamnez raporu, patoloji raporu vb.
      - Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet (sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kaza tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb. (Doğrudan Ödeme aşaması dahil) tüm belgeler bulundurulmalıdır.

Doğrudan ve Sonradan Ödeme sürecinde, Sigortacı gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, yönlendirdiği doktora sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir.



## 9 POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

### 9.1 Poliçenin Yenilenmesi

- Sigorta sözleşme süresi 1 yıldır. Poliçe, sigorta süresinin bitiminden önce sigorta ettiren ve Sigortacı' nın karşılıklı anlaşması ve aşağıdaki koşullarla, 75 yaşına kadar (75 yaş dahil) yenilenebilir. Sigortacı' nın yenilemeye ilişkin risk değerlendirmesi yapma, poliçeyi otomatik yenileme veya yenilememe hakkı saklıdır. Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda Sigortacı' nın, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almaması ve yenileme haklarının geçerliliğini kaldırması hakları saklıdır.
- Sigortacı, her yıl yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme sonucunda poliçeyi, aynı koşullarla yenileyebileceği gibi, istisna ve/veya ek prim uygulayarak yenileyebilir veya yenilememe kararı verebilir. Tüm değerlendirmeler sırasında, Sigortacı'nın, Sigortalı'dan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimini isteme veya sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırma hakkı saklıdır. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi ve erişim sistemlerinin Sigortacı tarafından ulaşılır olması kaydıyla Sigortacı tarafından, aksi durumda sigorta ettiren/sigortalı tarafından karşılanır.
- Sigortalının yenilenecek poliçesindeki tercihlerini değiştirmek istemesi durumunda uygulanacak olan esaslar, "Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar" başlığı altında yer alan "Teminat Değişiklik İşlemleri" maddesinde belirtilmiştir.
- Sigortacı'nın otomatik yenileme yapması durumunda, sigortalıların poliçelerinde tercih edilmiş kriterler değiştirilmeden yenilenir. Ancak, sigorta ettirenin poliçe tercihleri yenileme döneminde geçerli değilse poliçe, en az biten poliçe kriterlerini haiz karşılıkları ile yenilenir.
- Sigortacı'nın otomatik yenileme yapması durumunda, poliçeler, sigorta ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemindeki ödeme şekli, yenilemede geçerli olur. Primin kredi kartı ile ödenmesi durumunda, prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı bilgisi yenileme poliçesine aktarılır. Yenileme poliçesinin vade tarihi itibarıyla 30 gün içinde prim tahsilatı yapılarak poliçe tanzim edilir. Sonraki tarihte düzenlenecek poliçelerde yenilemeden kaynaklanan haklardan faydalanılamaz.

### 9.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi

İşbu sigorta sözleşmesi kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması bulunmamaktadır.

## 10 PRİM TESPİTİ

### 10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Primler, sigortalıların yaşı, cinsiyeti, ikamet adresleri, ürün kapsamı, performansı, "Sağlık Uygulama Tebliği"nde yapılan değişiklikler, sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları değişiklikler gibi kriterler çerçevesinde belirlenmektedir.

## 10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

Sigortacı, “Sağlık Tarife Primi”ni periyodik aralıklarla portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak günceller. “Sağlık Tarife Primi”ndeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla üç katıyla sınırlıdır.

Sigortacı'nın yenileme dönemleri itibarıyla, indirim ve/veya ek prim oranlarında, kriterlerinde makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

### 10.2.1 Hastalık Ek Primi

Sigortalının “Sağlık Tarife Primi”ne uygulanacak hastalık ek prim oranı hastalık başına %200'ü geçemez.

### 10.2.2 Hasarsızlık İndirimi

Hasarsızlık İndirimi uygulaması giriş kademesi ve 7 adet indirim kademesi ile beraber toplam 8 kademedен oluşmaktadır. Yeni iş ve transfer 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. 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.

Her bir kademenin indirim oranı aşağıdaki şekildedir:

Kademe	1	2	3	4	5	6	7	8
İndirim Oranı(%)	0	10	19	27	34	41	47	52

### 10.2.3 Fark Primi Zeyili

Poliçe yenilendikten sonra, bir önceki poliçe dönemine ait yapılacak tazminat ödemelerinin sigortalının tazminat / sağlık net prim oranını değiştirerek yenilenen poliçenin primini arttırması durumunda Sigortacı oluşacak fark primini, sigorta ettirenden zeyilname ile talep eder.

### 10.2.4 Tarife Değişiklik Limiti Uygulaması

Sigortacı, yenilenen poliçelerin yapılan “Sağlık Tarife Primi” değişikliklerinden aşırı derecede etkilenmesini önlemek amacıyla sigortalının bir önceki yıl “Sağlık Tarife Primi” ile yenileme dönemindeki “Sağlık Tarife Primi” arasındaki farkın belirli bir aralık dahilinde kalmasını teminen “Sağlık Tarife Primi” artış / azalış oranlarına üst ve alt sınır getirebilir.

### 10.2.5 Diğer İndirimler

Sigortacı, belirli kurallar veya kampanyalar çerçevesinde sunduğu indirimleri uygulama, indirim oranını değiştirme veya indirimi uygulamadan kaldırma hakkını saklı tutar.

## 11 YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

### 11.1 Sigortalı Girişi

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden / edecek kişiler sigortaya kabul edilebilirler. Sigorta poliçesi GSS hak sahibi olan kişiler için geçerlidir. GSS müstahaklığını kaybeden sigortalılar poliçelerini devam ettirebilir ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. GSS hak sahipliğinin yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden geçerli olur. Herhangi bir nedenle sigortalılık sürecinin kesintiye uğraması halinde işbu poliçe Özel Şartları'nda yazılı kazanılmış haklar için Şirketimizin taahhütleri son bulur.

Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. Aynı poliçe kapsamında sadece çekirdek aile yer alabilir. Çekirdek aile; anne, baba ve/veya bekar çocuklardan ibarettir. Anne ve babanın ya da fert ve eşin aynı poliçe kapsamında yer alabilmesi için kanunen evli olunması gerekmektedir.

İlk başvuru tarihi, 15 günlük (dahil) - 55 yaş (dahil) aralığındaki kişiler sigortalanabilirler.

15 günlük (dahil) - 5 yaş (dahil) arası çocuklar en az bir ebeveynin de sigortalanması şartı ile sigortalanabilirler. Ancak 6 yaş (dahil)-17 yaş (dahil) arası çocukların ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalanma talepleri, sigorta ettirenin 18 yaş ve üzerinde olması şartıyla değerlendirilecektir. 25 yaş ve altındaki bekar çocuklar aile poliçesi kapsamında sigortalanmaya devam edebilirler.

Şirketimizde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerinde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde aşağıda belirtilen hastalık gruplarından herhangi birini geçirmiş kişiler bu ürün kapsamında sigortalanamaz. Sigortalanmış olması durumunda, işbu Özel Şartlar "Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi" maddesi kapsamında değerlendirme yapılır.

Hastalık/Risk Grupları:

- Her türlü kanser, kötü huylu/seyirli tümör/hastalıklar ile tanısı konulmamış kitleler
- Organ yetmezlikleri, eksiklikleri, anomalileri ile organ nakil hastaları (örnek: Böbrek, Karaciğer, Kalp, Pankreas vb.)
- Kronik Akciğer, Kronik Karaciğer ve Kronik Böbrek Hastalıkları (örnek:Aktif Verem, Sarkoidoz, Kronik bronşit, Amfizem, Hepatitler, Siroz, Nefrotik Sendrom, Polikistik böbrek, Atnalı böbrek vb)

- Kalp ve damar sistemi hastalıkları (örnek: Doğumsal Kalp Hastalıkları, İskemik kalp hastalığı, kardiyomiyopati, kalp ritm ve ileti bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, kontrolsüz hipertansiyon vs),
- Damar hastalıkları (örnek:Vaskülitler, Anevrizmalar, Malformasyonlar vs),
- Kas-iskelet-Sinir Sistemi Hastalıklar (örnek: Multiple Skleroz, Felç, Alzheimer, Parkinson, Serebral Palsi,Myastenia Gravis, Müsküler Distrofiler vb)
- Kronik sindirim sistemi hastalıkları (örnek:Ülseratif kolit, Crohn, Pankreatit vs),
- Psikolojik Hastalıklar ve Gelişme Geriliği (örnek: Psikozlar, Major Depresyon, Bipolar bozukluklar, Mental ve motor gelişme gerilikleri vb)
- Alkol, uyuşturucu ve madde bağımlılığı,
- Metabolik ve Endokrin Hastalıklar (örnek: Şeker Hastalığı(Tip 1 Diabet, Kontrolsüz Tip 2 Diabet), Addison, Cushing, Obezite vs),
- Travmaya ve/veya ameliyata bağlı kalıcı beyin, omurilik hasarı, multiple travma ve ciddi yanıklar,
- Kan-kan yapıcı organların hastalıkları, kanama ve pıhtılaşma bozuklukları (örnek: hemofili, polisitemi, trombositopeni vs),
- Romatizmal ve kollajen doku hastalıkları (örnek: Romatoid artrit, SLE, ankilozan spondilit, FMF, amiloidoz vs)
- Bağışıklık sistemi bozuklukları (örnek: AIDS, Immünglobülin ve kompleman eksiklikleri).
- Doğumsal, Genetik-Ailevi Hastalıklar (örnek: Protein, Karbonhidrat, Lipid metabolizma bozuklukları, MEN Sendromları, Kistik Fibrozis, Polipozis vs)
- VKI=Kilo/((boy) x (boy)) indeksinin 40 ve üstünde veya 15 ve altında olması (18 yaş ve üstü kişiler için geçerlidir),
- 34 hafta ve/veya 2 kg altında doğan ve halen 6 aydan küçük yenidoğanlar.

Şirketimizde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerinde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışında olup ayrıca sigortalılık süresi boyunca devam eden fakat poliçe başlangıç tarihinden önce mevcut olduğu tespit edilen hastalıklar için de istisna ve/veya ek prim uygulanabilir.

### **11.2 Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun Değerlendirilmesi**

Başvuru ve Bilgilendirme Formu' nun doldurulması sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalının beyan yükümlülüğü kapsamında vermiş olduğu beyanları esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceleme yapar. Bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı'nın teklif edilen poliçe kapsamını değiştirme, istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır. Poliçe, Sigortacı'nın başvuruyu kabulü hâlinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer.

### 11.3 Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi

Diğer aile bireylerinin mevcut poliçeye girişleri “Sigortalı Girişi” maddesi çerçevesinde değerlendirilecek olup yürürlükte olan poliçenin Özel Şart, teminatları ve prim tarifesi ile geçerli olacaktır.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen tüm sigortalı giriş taleplerinde (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) 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.

### 11.4 Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Poliçe iptali sonrası 30 gün içerisinde başvuru yapılması halinde meriyet değerlendirmesi yapılır. Değerlendirme neticesinde “Sigortacı'nın poliçeyi tekrar yürürlüğe alma, istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

## 12 GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Şirketimizdeki herhangi bir sağlık poliçesi/sağlık teminatı ile Tamamlayıcı Sağlık sigortalılık hakları ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçesinin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

### 12.1 Teminat Değişiklik İşlemleri

Poliçenin yenilenmesinde, ürün ve teminatlarda değişiklik talepleri, poliçe bitiş tarihi öncesi ve sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilir.

Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesindeki tercihlerini genişletmek istemesi durumunda, Sigortacı, sigortalının geçmiş sigortalılık bilgileri ile gerekli görülen durumlarda sigortalıların sağlık beyanını esas alarak risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı' nın, poliçe kapsamını değiştirme, istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama ve gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesindeki tercihlerini daraltmak istemesi durumunda, tekrar risk değerlendirmesi yapılmaz, varsa mevcut istisna ve/ veya hastalık ek primi devam eder.

### 12.2 Geçiş (Transfer) İşlemleri

Diğer sigorta şirketlerindeki herhangi bir sigorta poliçesinden bu sigorta poliçesine geçiş hakkı bulunmamaktadır.

## 13 SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

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

### **13.1 Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal**

Sigorta ettiren, sigorta priminin tamamını sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer.

Sigorta ettiren tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak, sigorta ettirene iade edilir.

Sigorta ettiren ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmesi durumunda veya bu 30 günlük süreyi aşan tüm iptal taleplerinde, Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

İptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, Sigortacı' nın hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır:

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı' nın hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı' nın hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen sigortalı çıkışı taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

### **13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı**

Sigorta ettirenin, sigorta süresi içerisinde vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilebilir. Yazılı onayın alınmadığı veya sigorta ettirenin kanuni varislerinin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda, "Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal" maddesinde belirtilen kurallar uygulanır. Bu kurallar uygulanırken sigorta ettiren olarak sigorta ettirenin kanuni varisleri kabul edilir.

Sigortalılardan birinin vefatı halinde, "Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal" maddesinde belirtilen kurallar uygulanır. Vefat eden sigortalıya ait ödenmemiş sağlık giderleri varsa ödenebilmesi için veraset

ve vergiye ilişkin evrakların, sigortalının kanuni varisleri tarafından Sigortacı'ya iletilmesi gerekir.

## 14 EKLER

### 14.1 Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Bereket Sigorta, 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.

### 14.2 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 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

Resmi Gazetede yayımlanan “Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

### **14.3 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 yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine 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.

### **14.4 Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler**

Yatarak Tedaviler ile Evde Bakım ve Tedavi teminatları kapsamındaki tedaviler sırasında poliçenin Bereket Sigorta veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, sağlık giderine konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12:00'ye kadar olan bölümü eski poliçe teminatlarından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait sağlık giderleri ise yeni poliçe teminatlarından karşılanacaktır. Ancak yenilenmeyen veya ilgili hastalık için istisna uygulanan poliçede, bu tedaviler ile ilgili teminatın süresi poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

### **14.5 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.



#### **14.6 Ekonomik Yaptırımlar**

Hiçbir sigorta / reasürans şirketi, işbu sözleşme ile Birleşmiş Milletler kararları veya reasürörün tabi olduğu yasalar veya düzenlemeler uyarınca, ticari veya ekonomik yaptırımlara, yasak ya da kısıtlamaya konu olabilecek ve kendisini yaptırıma maruz bırakacak herhangi bir teminatı vermiş sayılmayacak, böyle bir tazminatın ödenmesi veya menfaatin sağlanmasında yükümlü olmayacaktır.

#### **14.7 Terör Klozu**

Sağlık Sigortası Genel Şartları hükümleri saklı kalmak kaydıyla, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları nedeniyle oluşan Sigortalıya ait yatarak tedaviler kapsamındaki sağlık giderleri, poliçede belirtilen limit, muafiyet ve ödeme yüzdesi ile Yatarak Tedavi Teminatı kapsamındadır. Ayakta tedaviler kapsamındaki sağlık giderleri ise, poliçede belirtilen Ayakta Tedavi Teminatı kapsamı ve limitleri ile poliçe kapsamındadır.

Kloz konusu doğrudan veya dolaylı olayların sonucunda meydana gelse dahi, sigortalıların hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmalarına sebebiyet verecek olan biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle ortaya çıkacak bütün zararlar teminat kapsamı dışındadır.