

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

Bu özel şartlar 01.01.2026 itibarıyla MAPFRE Sağlık Ferdi Sigorta Poliçesi bulunan Sigortalılar için geçerlidir.

MADDE 1- SİGORTANIN KONUSU

MAPFRE Sigorta A.Ş. ("Sigortacı") sigorta sözleşmesinin yürürlükte bulunduğu süre içerisinde kaza ve/veya hastalık/rahatsızlık sonucu oluşabilecek Sigortalı'ya ait sağlık giderlerini, Poliçe'de belirtilen teminat, limit, katılım oranları, istisnalar (genel ve özel istisnalar) ve network kapsamı doğrultusunda işbu Özel Şartlar ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortalı Yönetmeliği, Türk Ticaret Kanunu, sigortacılık sağlık mevzuatı dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır

Sigorta teminatı sadece Sigorta Poliçesi'nde yer alan kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler teminattan yararlanamazlar

MADDE 2- TANIMLAMALAR

Sigorta Poliçesi kapsamında kullanılan tanımlamalara ilişkin açıklamalar ektedir.

ACİL DURUM: Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır.

1. Suda boğulma:

Solunum ya da kalp durması durumları veya hastanın genel durumda boğulmaya yol açacak derecede akciğerlere su girişinin olduğu durumlar.

2. Trafik kazası:

Omurga yaralanmaları ve kanamalı kırıkların olduğu akut durumlar. O an için hastanın durumunu etkilemese bile iç kanamaya yol açabilecek ciddiyette göğüs, karın ya da kafa travmaları. Vücutta büyük kanamaya yol açan; araç parçalarının yol açtığı kesici, delici yaralanmalar.

3. Terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklanma, kavga vb. (Kendisinin olayın hazırlayıcısı ya da tarafı olmadığı, kazaen maruz kaldığı durumlarda geçerlidir.)

4. Yüksekten düşme:

Omurga yaralanmaları ve kanamalı kırıkların olduğu akut durumlar. O an için hastanın durumunu etkilemese bile iç kanamaya yol açabilecek ciddiyette göğüs, karın ya da kafa travmaları. Vücutta büyük kanamaya yol açan; araç parçalarının yol açtığı kesici, delici yaralanmalar.

5. Ciddi iş kazaları, uzuv kopmaları:

2. maddedeki durumlara ek olarak yapılan işe has acil durumlar. Örn: Zehirli gazların solunması, kimyasal maddelerin içilmesi ya da kişinin üzerine dökülmesi, parmak, el, ayak, kol veya bacağın kısmen ya da tamamen kopması.

6. Elektrik çarpması:

Yanık, organ hasarı yapabilecek ya da kalp ritmini bozabilecek derecede ciddi elektrik çarpmaları.

7. Donma, soğuk çarpması:

Hayati fonksiyonları etkileyecek şoka götürebilecek, uzuvlarda kangren yapabilecek derecede soğuğa maruz kalınması.

8. Isı çarpması:

Kalp ritmini, tansiyonu ya da bilinç durumunu etkileyecek derecede güneş etkisinde ya da sıcak ortamda kalma durumları.

9. Ciddi yanıklar:

Büyük sıvı kaybına, organ kaybına ya da cilt hasarına yol açabilecek genişlikte ateş, kimyasal madde, elektrik vb. yanıkları. Solunum yollarında daralmaya yol açabilecek derecede duman ya da sıcak hava solunmuş olması.

10. Ciddi göz yaralanmaları:

Gözde hasara yol açabilecek ciddiyette kesici, delici alet yaralanması, künt travma ya da kimyasal madde teması.

11. Zehirlenmeler:

Olay anında yaşamsal fonksiyonları bozmuş olan ya da ilerleyen saatlerde bozma ihtimali yüksek olan maddelerin ağızdan alınması, kimyasal maddelerin cilde teması ya da zehirli gazların solunması.

12. Anafilaktik Şok:

Kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları.

13. Travma sonucu omurga ve alt-üst ekstremitte kırıkları:

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

Hayatı tehdit eden veya müdahale edilmemesi durumunda hayatı tehdit etme potansiyeli olan omurga, kol, bacak kırıklarıdır.

14. Kalp krizi, hipertansiyon krizleri:

Geçirilmekte olan kalp krizi, acil tedavi gerektiren kalp ritmi bozukluğu türleri, kan basıncının beyin kanaması vb. ciddi durumlara yol açabilecek derecede yükselmesi.

15. Akut solunum problemleri:

Ciddi solunum yetersizliğine yol açabilecek suda boğulma, yabancı cisim yutma, alerjik reaksiyon, solunum yolu yanıkları.

16. Şuur kaybına neden olan her türlü organik kusur:

Kişinin bilinç durumunda bozulmaya yol açabilecek bayılma, kalp travması gibi durumlar

17. Ani felçler:

Beyin kanaması, omurga yaralanması vb. nedenlerle kişinin uzuvlarının ya da tüm vücudunun hareket kabiliyetini ya da hissetme kabiliyetini yitirmesi.

18. Ciddi genel durum bozukluğu:

Besin yetersizliği, yetersiz bakım, uzun süren ağır hastalık vb. nedenlerle kişinin sağlığının genel anlamda tehlikeli olabilecek derecede bozulması.

19. Yüksek ateş 39,5°C üzeri:

Zehirlenme, infeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konvülsiyona (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede yükselmesi. 39,5 °C ve üzeri.

20. Diyabetik ve üremik koma:

Diyabet (şeker hastalığı) ve böbrek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar.

21. Akut batın:

Mide, bağırsak gibi içi boş organların delinmesi, bağırsak tıkanması ya da düğümlenmesi, safra yollarının taş veya iltihap nedeniyle tıkanması, apandisit, pankreatit gibi ciddi organ iltihaplanmaları, bağırsak ya da periton arterlerinde tıkanma vb. acil cerrahi müdahale gerektiren, karın içi organlarla ilgili hastalıkların ortaya çıkması.

22. Akut masif kanamalar:

Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar.

23. Menenjit, ensefalit, beyin apsesi:

Sinir sistemi fonksiyonlarını dolayısıyla da yaşamsal fonksiyonlarını etkileyebilecek bilinç durumunda değişikliklere yol açabilecek beyin ve beyni çevreleyen zarla ilgili iltihabi, infektif hastalıklar.

24. Renal kolik:

Böbrek taşlarının yol açtığı, ilerlemesi durumunda idrar yolu ya da böbrek hasarına yol açabilecek şiddetli ağrı oluşturan durum.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

ADLİ KAZA: Poliçe geçerlilik süresinde Sigortalı'nın bedensel yaralanmasıyla sonuçlanan ve adli makamlarca takip ve tahkikat yapılması gereken ve/veya yapılmış olan, beklenmedik ani olaydır. Tahkikatı yapan kuruluşlarca belgelendirilir

ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU: Sigortacı'nın, Poliçe Şartlarına uygun olarak, Sigortalı'nın sağlık hizmetlerinden yararlanması için anlaştığı hastane, klinik, laboratuvar, teşhis ve tedavi merkezi, eczane ve doktorlardır. Poliçe'de Anlaşmalı Kuruluşlarda geçerli olan limit ve teminat yüzdesi belirtilmiştir. Anlaşmalı kuruluşların belirtildiği listeye www.mapfre.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Bu listenin sürekli güncellenebilme durumu söz konusu olduğu için hizmet alınmadan önce teyit edilmesi gerekmektedir

ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURULUŞU: Sigorta Şirketi ile sözleşmesi olmayan hastane, klinik, laboratuvar, teşhis ve tedavi merkezi, eczane ve doktorlardır. Anlaşmalı kuruluştaki kadrolu olarak çalışsa dahi MAPFRE sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar "Anlaşmasız Kuruluş" olarak değerlendirilir.

BAŞLANGIÇ TARİHİ: Poliçe'nin ilk kez veya varsa müteakip her yinelenmesinde yürürlüğe girdiği gün (Türkiye saati ile öğlen 12:00), ay ve yıldır

BİTİŞ TARİHİ: Bu Poliçe'nin süresinin bittiği gün (Türkiye saati ile öğlen 12:00), ay ve yıldır. İşbu tarihten sonra yapılacak tüm harcamalar nedenine bakılmaksızın teminat dışı tutulmuştur. Ancak hastanede tedavi görmekte olan bir Sigortalı'nın Poliçe Bitiş Tarihi'nden itibaren hastaneden hiç çıkmamış olması şartıyla 10 güne kadar masrafları karşılanır

BEKLEME SÜRESİ: Sigortalı'nın Kayıt Tarihi ile başlayan ve Poliçe'de bekleme süresi olarak belirtilen tıbbi işlem/ müdahalelerin teminat altında olmadığı süredir.

BEYAN EDİLMEMİŞ ÖNCEDEN VAR OLAN SAĞLIK PROBLEMİ: Bu Poliçe için yapılan başvuru sırasında veya öncesinde, tanı konulup konulmamasına bakılmaksızın, var olan ve bilinen herhangi bir şikâyet, belirti, hastalığın/ rahatsızlığın veya bunlara bağlı gelişen komplikasyonların Sigortacı'ya beyan edilmemesidir.

ÇIKARMA TARİHİ: Sigorta Ettiren/Sigortalı, sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru aşamasında veya sigorta sözleşmesinin devamı esnasında kendisine sorulan sorulara doğru cevap verme ve rizikonun konusunu teşkil eden/rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisince bilinenleri Sigortacı'ya bildirme yükümlülüğüdür

DOKTOR: T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş, Sağlık hizmetinin verildiği Coğrafi Bölge'de geçerli olan yasalar çerçevesinde resmi olarak tıp doktoru unvanı ve belgesi verilmiş olan kişidir.

GENEL ŞARTLAR: T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında uygulanması zorunlu olan yazılı kurallardır.

GEREKSİZ TEDAVİ İŞLEMLERİ: Sigortalı'nın hastaneye yatışı gerekmediği halde doktor tarafından planlanan tetkik ve tedavilerinin hastaneye yatırılarak yapılması durumudur

HASTANE: Faaliyet alanı ile ilgili resmi olarak hastane ruhsatı bulunan, hasta ve yaralı kişilere tıbbi hizmet veren, kamu veya özel kuruluş. Ayakta tedavi hizmeti veren klinikler, sanatoryumlar, fizik tedavi merkezleri, sağlık kulüpleri, bakımevleri, huzurevleri vb. ile madde (uyuşturucu, alkol) bağımlılığı konularında uzman olan kuruluşlar hastane kapsamına girmez.

HUV (Hekimlik Uygulamaları Veritabanı): Türk Tabipler Birliği tarafından yayımlanarak Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde mesleğini icra eden doktorların ücretlerini ve uygulama ilkelerini gösterir tarifiedir

Tarifiede ücret HUV'da (Hekimlik Uygulamaları Veritabanı) her bir tıbbi işlem için belirlenen "birim değer" in her il için ayrı olmak üzere yılda bir kez belirlendiği genel katsayının çarpımı ile bulunur.

İPTAL TARİHİ: Sigorta Ettiren'in yazılı olarak talep etmesi veya Sigortacı tarafından Genel Şartlar'da belirtilen hususlardan dolayı cayma veya fesih nedeniyle Poliçe'nin iptal edildiği gün, ay ve yıldır.

KAYIT TARİHİ: Sigortalı'nın Sigorta Poliçesi ile teminat altına alındığı veya yenileme tanımında belirtilen koşullarda tekrarladığı ilk Sözleşme ile teminat altına alındığı gün (Türkiye saati ile öğlen 12:00), ay ve yıldır

KAZA: Sigortalı'nın tıbbi olarak kanıtlanabilecek bedensel yara almasına neden olan beklenmedik, ani olaydır

KOMPLİKASYON: Bir hastalık, rahatsızlık veya tıbbi tedavinin istenmeyen etkileridir

KONJENİTAL HASTALIK: Doğumdan itibaren var olan bedensel ve/veya metabolik kusurlar ve/veya bozukluklardır

KRONİK HASTALIK: Ani başlangıçlı olmayan, yavaş gelişen ve/veya ilerleyen, zaman zaman tekrarlayan ya da sürekli bir sağlık sorununa neden olan hastalıktır.

MEDİKAL İŞLEMLER MERKEZİ: Anlaşmalı sağlık kuruluşlarına başvuran Sigortalıların sağlık giderlerinin ödenmesi konusunu Poliçe Şartları dahilinde değerlendirip, MAPFRE Sigorta bünyesinde 7/24 hizmet veren uzmanlardan oluşan birimdir.

MERİYET: Sigorta Poliçesi'nin iptal olması durumunda, Sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme sonrası Poliçe'nin yeniden yürürlüğe alınması durumudur. İptal tarihi itibarıyla 1 ay içinde yapılacak başvurularda meriyet işlemi değerlendirmeye alınabilmektedir. Bu değerlendirme için Sigortacı Sigortalı'dan başvuru formu talep etme, Sigortalı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) hakkı olsun/olmasın Sigortalı'ya özel istisna ve/veya riziko ek primi uygulama, meriyet talebini reddetme hakkına sahiptir

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

NETWORK (ANLAŞMALI KURUM TİPİ): MAPFRE Sigorta A.Ş. tarafından anlaşmalı sağlık kuruluşlarının gruplanması ifade eder. Her Poliçe üzerinde geçerli anlaşmalı kuruluş network tipi belirtilmektedir. İlgili network kapsamı dışındaki kuruluşlar MAPFRE Anlaşmalı Kuruluşları olsalar dahi ilgili Poliçe için Anlaşmasız Kuruluş olarak değerlendirilir. Anlaşmalı Kuruluş listesinde yer alan tüm kuruluşlar MAPFRE Sigorta A.Ş. network'ünü oluşturur. MAPFRE Sigorta A.Ş. network için belirlediği Anlaşmalı Kuruluşları poliçe dönemi içinde değiştirme veya ilgili Anlaşmalı Kuruluşu tamamen anlaşmalı network kapsamından çıkarma hakkına sahiptir.

ÖZEL ŞARTLAR: Sigorta Şirketi tarafından Sağlık Sigortası Genel Şartları'na ilave olarak hazırlanan, karşılıklı hak ve yükümlülükler ile teminatları ve geçerlilik koşullarını belirten ve bu Poliçe'nin Bitiş Tarihi'ne kadar geçerli olan şartlardır.

PROVİZYON: Sigortalı'nın Poliçesi'nde geçerli olan anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılacak sağlık hizmetleri (dahili yatış, cerrahi yatış, muayene, tanı işlemleri vb...) giderlerinin karşılanıp/karşılanmayacağını veya hangi şartlar ile karşılanacağını bildirir sigortacı değerlendirmesidir

RİZİKO: Sigortacı açısından tazmin borcu yaratabilecek herhangi bir hastalığın/rahatsızlığın ortaya çıkması durumudur

RİZİKO EK PRİMİ: Bu Poliçe ekinde verilen Poliçe'de belirtilen ve sadece ilgili Sigortalı için uygulanacak olan hastalık riskleri ile ilgili ilave prim uygulamasıdır. Uygulanan ek primler ilgili Sigortalı Poliçesi'nde sebebi ve oranı ile beraber belirtilir

SİGORTA ETTİREN: Sigorta Poliçesi için başvuran, başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilen ve bu Sigorta Poliçesi'nin kapsamı içerisinde sorumlu taraf olup, kendisi ve Sigortalananak Kişiler'in lehine hareket eden kişi veya tüzel kişiliktir.

SİGORTA POLİÇESİ: Sigortacı tarafından özel bir format çerçevesinde düzenlenmiş olup, Poliçesi'ne ilişkin vade, özel ve genel şartlar, limitler, istisnalar gibi hususlar ile uygulama bilgileri ve ödeme koşullarını içeren; eğer koşullar gerçekleşmişse teminatların belirlenen limitler dahiline ödenmesini garanti altına alan; şirket yetkili imzalarını taşıyan belgelerin tümüdür

SİGORTACI: Sigorta Poliçesi'nin tanzim edildiği ülkede tescil edilip işletme ruhsatı almış Sigorta Şirketi. İşbu Poliçe'de Sigortacı sıfatı MAPFRE Sigorta A.Ş. için kullanılmıştır

SİGORTALI: Sigorta Ettiren'in ve Sigortalananak Kişiler'in sağlık sigortası başvurusunda belirtilen veya sonradan ilave edilen ve Sigortacı tarafından kabul edilip, Poliçe'de veya sonradan yapılan zeyilname ile Poliçe kapsamına alınan kişi ve/veya kişilerdir

SİGORTALI'YA ÖZEL İSTİSNALAR: Sigorta Poliçesi'nde Sigortacı tarafından uygulanması karara bağlanmış Sigortalı için uygulanacak olan istisnalar Sigorta Poliçesi üzerinde belirtilir.

SİGORTALANACAK KİŞİLER: Sigorta Ettiren'in kendisi veya personeli, eşi, 18 yaşından küçük evlenmemiş veya tam gün üniversitede okuyan ve serbest ya da ücretli olarak çalışmayan 25 yaşından küçük çocukları.

STANDART İSTİSNALAR: Bütün Teminat'lar ve Sigortalılar için geçerli olan ve özel şartlarda belirtilmiş genel istisnalarla r.

SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU: Sigortalı'nın Poliçesi'nin geçerlilik döneminde Poliçe teminatlarından yararlanabilmesi için Sigortalı'nın başvurduğu doktor tarafından doldurulan form. Anlaşmasız Kuruluşlarda bu form bulunmadığından Sigortalı Hasta Bilgi Formu'nu Sigortacı'dan temin ederek yanında bulundurulmalıdır. Bu form sağlık giderlerinin değerlendirilmesi için gereklidir.

TEMİNAT: Sigortacı'nın, Sigorta Poliçesi'nin özel ve genel şartları çerçevesinde poliçesinde belirtilen limit istisna, bekleme süresi ve muafiyet dışında ödemeyi üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamıdır

YENİLEME: Sigorta Ettiren'in mevcut olan Sigorta Poliçesi'nin Bitiş Tarihi'nden 30 gün önce veya Bitiş Tarihi'nden 30 gün sonra yeniden sözleşme yaptırmak için Sigortacı'ya başvurması ve Sigortacı ile Sigorta Ettiren'in yeni Sigorta Poliçesi'nin koşullarında mutabık kalarak yeni sözleşmenin kesintisiz olarak devam ettirilmesidir

YENİLEME TARİHİ: Daha önce mevcut olan Sigorta Poliçesi'nin Bitiş Tarihi ile aynı olan yeni Sigorta Poliçesi'nin Başlangıç Tarihi (Türkiye saati ile öğlen 12:00), ay ve yıldır.

YILLIK TOPLAM LİMİT: Sigortacı'nın bu Sigorta Poliçesi'nin şartları içerisinde yıllık olarak belirtilen Sigorta Poliçesi dönemi süresince kullanabileceği yıllık brüt azami tutardır. Sigortalı tarafından ödenmesi gereken katılım payları ve/veya muafiyet tutarları da brüt tutara dahildir

MAPFRE MÜŞTERİ HİZMETLERİ: Sigortalıların öneri, istek ve şikâyetlerini ilettikleri, ambulans ve tıbbi danışma gibi çeşitli hizmet alabildikleri 0850 755 0 755 numaralı telefon hattıdır

MAPFRE SİGORTA GO: MAPFRE Sigorta mobil uygulamasıdır. Poliçe teminat şartları, hasar yönetimi ve her türlü detaylı bilgiyi Sigortalılarımız mobil uygulama üzerinden temin edebilirler.

MAPFRE SİGORTA WEB SİTESİ: MAPFRE Sigorta kurumsal WEB sitesidir. Poliçe özel şartları, anlaşmalı kuruluşlar ve detay bilgileri www.mapfre.com.tr adresi üzerinden ulaşılabilir

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

MADDE 3. TEMİNATLAR

3.1 Yatarak Tedavi Teminatı

Yatarak Tedavi Teminatı, tıbben gerekli olması ve doktorun bu nedeni ayrıntılı olarak raporunda belirtmesi şartıyla; dahili, cerrahi ve yoğun bakım yatışları, Sigortalı'nın hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderleri, küçük müdahaleleri, kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz tedavi giderlerini özel ve genel şartlara uygun olarak karşılar. Sigortalı'nın 24 saati aşan hastaneye yatış gerektiren tedavileri bu teminat kapsamındadır.

Acil durumlar dışında, planlı bir yatış ve/veya ameliyat gerektiren durumlarda; yatıştan asgari 48 saat önce ameliyatı veya dahili yatışı gerçekleştirecek doktor tarafından doldurulmuş "Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu"nun ve tetkik sonuçlarının ilgili kuruluş tarafından Medikal İşlemler Merkezi'ne iletilmesi gerekmektedir. Sigorta şirketi gerekli incelemeyi yaptıktan sonra tedavi giderlerinin Polİçe kapsamında ödenip ödenmeyeceğine karar verir.

Ayrıca Sigortalı'nın sağlık sigortasına sahip olduğu ilk tarihten itibaren ömür boyu hastanede yatış süresi 720 gün ile sınırlıdır. Bu süreyi aşması durumunda eğer Polİçe'de ömür boyu yenileme garantisi yok ise Polİçe'deki tüm teminatlar durur ve Polİçe yenilenmez. Ömür boyu yenileme garantisi mevcut olan Sigortalılarda ömür boyu hastanede yatış limiti uygulanmaz.

3.1.1 Dâhili Yatış Teminatı

Sigortalı'nın 24 saati aşan hastaneye yatırılarak yapılacak tedavi giderlerinin tıbben gerekli olması ve doktorun bu nedeni ayrıntılı olarak raporunda belirtmesi şartıyla tüm ameliyatsız yatışlar ve fototerapiler, Sigortalı'nın hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderleri, bu teminat kapsamındadır.

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığa ilişkin tıbben yatarak gerçekleştirilmesi zorunlu olan fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri Polİçe'de belirtilen Rehabilitasyon Teminatı limit ve katılım payı ile değerlendirilir.

3.1.2 Cerrahi Yatış Teminatı

Sigortalı'nın 24 saati aşan hastaneye yatırılarak yapılacak tıbben gerekliliği ayrıntılı olarak doktor raporunda belirtmesi şartıyla tedavi amacıyla yapılan tüm cerrahi müdahaleler, Sigortalı'nın hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderleri, bu teminat kapsamındadır.

Koroner anjiyografi, böbrek taşı kırma (ESWL), böbrek, beyin, kemik iliği ve karaciğer biyopsileri, bu teminat limit ve katılım oranlarında değerlendirilir.

Gebelik komplikasyonlarından olan dış gebelik ve mol hidatiform rahatsızlıkları, herhangi bir bekleme süresi uygulanmadan bu teminat limit ve katılım oranlarında değerlendirilir.

Aynı seansta aynı veya aynı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (tüm yatış ve doktor ücreti dahil), HUV Tarife'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Yapılacak oranlamada cerrahi işlemler için HUV Tarifesi'nde yer alan kesi kuralı uygulanmadan hesaplanan toplam işlem puanı üzerinden oranlama yapılmaktadır.

3.1.3 Oda-Refakatçi Teminatı

Yatarak tedavi gerektiren her vakada, her tam gün için oda-refakatçi (1 kişi ile sınırlıdır) giderleri Polİçe'de belirtilen limit ve Polİçe özel ve genel şartları dahilinde bu teminat kapsamındadır. Lüks oda veya suit oda giderleri karşılanmaz, teminat standart tek yataklı oda ücreti ile sınırlıdır.

3.1.4 Yoğun Bakım Teminatı

Yoğun bakım ünitesinde yapılan hizmetler bu teminat kapsamındadır. Yoğun bakım yatış süresi Polİçe'de aksi belirtilmedikçe 90 gün ile sınırlı olup Polİçe süresince toplam 180 günlük yatış süresi içinde değerlendirilir. Bu sürelerin dolması durumunda Polİçe'de yatış gerektiren işlemler için teminat Polİçe vade bitimine kadar durur. Söz konusu yoğun bakım yatış süresi ve günlük yatış süresi için belirtilen gün limitleri her yenilenen Polİçe döneminde yeniden başlayarak değerlendirilir.

3.1.5 Operatör ve Doktor Masrafı

Yatarak Tedavi Teminatı kapsamındaki tüm işlemlerde tedaviyi gerçekleştiren doktorun (anestezi ve asistan doktorları da bu kapsam içinde değerlendirilecektir) MAPFRE Sigorta A.Ş. ile anlaşmalı doktor olması veya anlaşmalı kuruluşun kadrolu doktor olması durumunda, doktor ücreti Polİçe'de belirtilen anlaşmalı kuruluş limit ve katılım payı oranları ile değerlendirilir. Tedavinin anlaşmalı/anlaşmasız kuruluşta, anlaşmasız doktor (kadrolu veya kadro dışı geçici zamanlı çalışmayan) tarafından yapılması halinde doktor ücreti için Polİçe'de belirtilen anlaşmasız limit ve katılım oranları uygulanır.

Sigortalı'nın anlaşmasız bir doktor tarafından yatarak tedavi kapsamında yapılan işlem faturası işbu teminat limit ve katılım oranları ile değerlendirilir.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

Sigortalı tarafından ödenen anlaşmasız doktor ücreti Sigortacı'ya Hasta Bilgi Formu ve ekleri ile birlikte değerlendirilmek üzere gönderilir. İlgili faturalar e-fatura, serbest meslek makbuzu ve/veya VUK'a (Vergi Usul Kanunu) uygun olarak düzenlenen POS slibi şeklinde olması gerekmektedir

Operatör doktor, anesteziist ve asistan ücretleri ayrı ayrı faturalandırılmalıdır. Bu ücretler aynı e-fatura, serbest meslek makbuzu/VUK'a uygun düzenlenen POS slibi içinde birlikte yer alamaz; aksi şekilde düzenlenmiş belgeler Sigortacı tarafından işleme alınmayacaktır.

HUV'un tarifesinde belirtilmeyen veya anlaşmazlığa düşülen işlemlerin doktor ücretleri için Türk Tabipleri Birliği'nin görüşü alınır

3.1.6 Küçük Müdahale Teminatı

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

3.1.7 Ambulans

Sigortalı'nın teminat kapsamındaki bir hastalık veya kaza nedeniyle bulunduğu yerden yerel ruhsatlı bir kara ambulansı ile en yakın tam teşekküllü hastaneye veya Sigortalı'yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve MAPFRE Sigorta Medikal İşlem Merkezi'nin (MİM) onaylaması halinde; bulunduğu il ve hastaneden bir diğer il ve hastaneye, kara ve/veya hava ambulansı ile taşınması için yapılan masraflar Poliçe'de belirtilen ilgili teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. Anlaşmasız ambulans masrafları Poliçe'de belirtilen limit ve katılım payı doğrultusunda değerlendirilmektedir

Hava ambulansı Sigortacı tarafından onaylaması şartı ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir. Ambulans hizmetleri için acil durumlar esas alınır.

3.1.8 Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Teminatı

Kemoterapi ve radyoterapi ile ilgili giderler (doktor, oda-refakatçi, ilaç, venöz port açılması) ve kemoterapiradyoterapi öncesinde bu iki işlemin yapılabilmesi için gerekli olan kan tetkikleri ile, kemoterapi ve radyoterapi sonrasında oluşabilecek komplikasyonların değerlendirilmesi için yapılan kan tetkikleri ve komplikasyonlarının tedavisi dahil olmak üzere, Poliçe özel ve genel şartları dahilinde bu teminattan değerlendirilir

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

Kemoterapi ve radyoterapi öncesi ve sonrasında hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan muayene ve tetkiklere ait giderler ayakta tedavi teminatından ödenir, kemoterapi teminatından ödenmez. Türkiye'de ruhsat almamış olan kemoterapi ilaçların Sigortalı'nın mevcut sağlık durumu için FDA onaylı ve Türk Eczacılar Birliği tarafından faturalandırılmış olması halinde ilgili masraflar Poliçe'de belirtilen anlaşmalı kuruluş katılım payı ve limit dahilinde değerlendirilir.

Anlaşmalı bir sağlık kuruluşunda, o sağlık kuruluşunun kadrolu doktoru olmayan, dışarıdan gelen bir doktora yaptırılan kemoterapi/radyoterapi için, kadrolu olmayan doktora ödenecek ücret Poliçe özel şartları Madde 3.1.5'te belirtildiği üzere Anlaşmasız Doktor Masrafı kadar ödenir.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

3.1.9 Kaza Sonucu Dış Teminatı:

Trafik kazası/adli kaza sonucu oluşan diş/çene cerrahisi ile ilgili diş hekimlerince yapılan tedavi giderleri ve dişlerin yerine konulması (resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edilmesi şartı ve tedavinin kazayı takip eden 90 gün içinde yapılmış olması koşulu ile) cerrahi yatış teminatından ödenir. Bu kapsamda yapılacak müdahalelerde kullanılabilecek kıymetli madenler ile yapılan implant ve kaplama gibi malzemeler Poliçe kapsamı dışında değerlendirilecektir

3.1.10 İlaç ve Sarf Malzeme Teminatı:

Yatarak tedavi sırasında kullanılan ilaç ve sarf malzeme giderleri, Poliçe'de belirtilen limit ve Poliçe özel ve genel şartları dahilinde bu teminat kapsamındadır.

3.1.11 Suni Uzun/Protezler

Sigorta başlangıç tarihinden sonra geçirilmiş bir operasyon ve/veya adli kaza sonucu kullanma zorunluluğu doktor tarafından belgelenen MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi tarafından onaylanan destek protezleri, ameliyat sırasında zorunlu olarak uygulansa dahi vücuda dışarıdan takılan protezler, suni uzuv (göz, el, kol, bacak) giderleri Poliçe'de belirtilen bu teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır

Kanser tedavileri sonrası ortaya çıkabilecek meme/testis protezi masrafları suni uzuv teminatından Poliçe'de belirtilen limit, özel ve genel şartlar doğrultusunda ödenir

Yukarıda belirtilenlerin dışında estetik amaçlı uygulanan her türlü protez kapsam dışıdır

3.1.12 Evde Tıbbi Bakım

Sigortalı'nın Evde Tıbbi Bakım teminatından yararlanabilmesi için, trakeostomi, sık orotrakeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN/IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatöre bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastası ve ağır protokolünün uygulanıyor olması gereklidir

Sigortalı'yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi halinde ve Sigortacı'nın onaylaması şartıyla, Sigortalı'nın Evde Tıbbi Bakım Tedavi organizasyonu ve oluşan masraflar Poliçe'de belirtilen teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda aksi belirtilmedikçe Poliçe süresince 90 güne sınırlı olacak şekilde özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır. İlgili gün limiti, Poliçe'deki Yatarak Tedavi Teminatı için tanımlanan yıllık 180 günlük yatış limitinden düşülmez.

3.1.13 Yardımcı Tıbbi Malzeme

Sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu Sigortalı'ya uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel (orthez, brace, aktif anke, bon spur ped), rom walker, walker, nebulizatör, elastik bandaj, kol askısı, korse, ortopedik bot, tabanlık, dirseklilik, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, oturma simidi, alçı terliği, kolostomi torbası, ürostomi torbası, tekerlekli sandalye (doktor raporuyla kalıcı sakatlığın belgelenmesi durumunda), koltuk değneği, arochamber ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında Poliçe'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.1.14 Yatış Sonrası Fizik Tedavi

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığa ilişkin cerrahi yatış veya yoğun bakım sonrasında yapılan tedavileri destekler nitelikte ve 3 ay içinde yapılması şartı ile Sigortalı'yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi, MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi'nin onaylaması halinde; ilgili fizik tedavi masrafları Poliçe'de belirtilen limit ve katılım payı oranında ödenir. 3. aydan sonra devam eden fizik tedavi seansları varsa ayakta tedavi teminatından değerlendirilir

3.1.15 Rehabilitasyon Teminatı

Bu teminat Sigortalı'nın yatış endikasyonu ile yatarak fizik tedavisi gerektiğinde devreye girmektedir. Teminat kapsamında bir rahatsızlığa ilişkin tıbben yatarak gerçekleştirilmesi zorunlu olan rehabilitasyon giderleri Sigortalı'yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi'nin onaylaması halinde; Poliçe'de belirtilen limit ve katılım payı oranında değerlendirilir.

Bu limit dışında ayrıca oda-refakatçi, doktor takibi vb. diğer teminatlar yürürlüğe girmez.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

3.1.16 Acil Tanı Teminatı

Sigortalı'nın hastaneye başvurmaya neden olan acil sağlık durumunun muayenesi ve ilk teşhisine yönelik giderler Poliçe'de belirtilen limit ve katılım oranı dahilinde bu teminat kapsamındadır.

Sağlık kuruluşlarının acil servislerinde yapılsa dahi, müdahale gerektirmeyen tanı ve muayene işlemleri Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilir.

3.1.17 Robotik Cerrahi Teminatı

Tedavinin doktor tarafından uygun görülen Robotik Cerrahi yöntemi ile (Da Vinci gibi) yapılması ve robotik cerrahinin ilgili tanıda MAPFRE Medikal İşlem Merkezi (MİM) tarafından onaylanması durumunda Poliçe'de belirtilen Robotik Cerrahi teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Bu yöntemde özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri ve Robotik Cerrahi sırasında oluşan tüm hastane masrafları (oda, refakat ücretleri, operatör doktor ücreti vb.) bu teminat limit ve katılım payı oranları ile ödenmektedir.

Tedavinin Anlaşmalı veya Anlaşmasız Kuruluş'ta olmasına bakılmaksızın anlaşmasız doktor (kadrolu veya kadro dışı geçici zamanlı çalışmayan) tarafından yapılacak işlemler için doktor ücreti Poliçe'de belirtilen limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. HUV'un tarifesinde belirtilmeyen veya anlaşmazlığa düşülen işlemlerin Doktor ücretleri için HUV'un görüşü alınır.

3.2 Ayakta Tedavi Teminatı

Ayakta Tedavi Teminatı Poliçe'de eklenmiş olması halinde geçerlidir.

Sigortalı başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin doktor muayene, tanı/ileri tanı amaçlı incelemeler, reçeteli ilaç ve seanslı ayakta tedavi giderleri ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

Ayakta Tedavi Teminatı alınan durumlarda, tedavi giderleri Poliçe'de belirtilen limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır. Poliçelerde, Ayakta Tedavi üst limitini aşan tedavi giderleri ödenmez.

Sigortalının herhangi bir sağlık kuruluşundaki muayene, tetkik ve tedavi işlemleri sadece MAPFRE Sigorta Medikal İşlem Merkezi'nin (MİM) onaylaması halinde Poliçe'de belirtilen ayakta tedavi teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Ayakta Tedavi Teminatları tek başına verilemez, ancak Yatarak Tedavi Teminatı ile birlikte alınabilir.

3.2.1 Doktor Muayene

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde görevli veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca yapılan Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu ile belgelenen Ayakta Tedavi kapsamındaki fiziki muayene giderleri Poliçe'de belirtilen limit, katılım payı, muafiyet ve teminat yüzdeleri ile özel ve genel şartlar dahilinde değerlendirilir.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10. güne kadar aynı hekim tarafından yapılan muayeneler, kontrol muayenesi olduğundan bu şekilde fatura edilmiş tedavi giderleri ödenmez.

MAPFRE Sigorta A.Ş. Anlaşmalı Doktor Listesi'nde yer alan doktorların provizyon işlemini online sistemler üzerinden gerçekleştirmeleri durumunda ilgili muayene tutarı, Poliçe'de belirtilen teminat limitleri dahilinde %100'lü olarak özel şartlar dikkate alınarak değerlendirilecektir

Anlaşmalı kuruluşlarda kadrolu/kadro dışı geçici zamanlı çalışmayan doktorlar tarafından yapılan muayeneye ait giderler her hâlükârda Sigortalı tarafından ödenecek ve Sigortacı'ya değerlendirilmek üzere gönderilecektir. İlgili faturalar mutlak surette serbest meslek makbuzu ve/veya VUK'a (Vergi Usul Kanunu) uygun olarak düzenlenen POS slibi şeklinde olmalıdır.

MAPFRE Sigorta'nın yapacağı değerlendirme ve hukuki incelemeler sonucu bazı doktor/kuruluşlara ait faturalar için MAPFRE Sigorta'nın kısmi ödeme yapma ya da ödeme yapmama hakkı saklıdır.

Ayakta tedavi kapsamındaki Poliçelerimizde anlaşmasız doktor tercih etmeniz durumunda MAPFRE Sigorta Müşteri Hizmetlerine, MAPFRE Go ve Kurumsal Web Sayfa'mıza ulaşarak ilgili doktorun geçerliliği teyit edilmelidir

3.2.2 Reçeteli İlaç

Ayakta tedavi kapsamında doktor reçetesi ile belgelenen ilaçlar, koruyucu aşı giderleri (kuduz, tetanos, grip, 65 yaş üstü kişiler için pnömokok ile 0-6 yaş çocuklar için; Sağlık Bakanlığı aşı takvimine ek olarak rotavirüs, meningokok), bu teminat kapsamında değerlendirilir, Poliçe'de belirtilen limit, teminat yüzdesi ile özel ve genel şartlar çerçevesinde karşılanır.

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

İlaç alımında doz sınırlaması için uygulamamız 1 aylık doz olacak şekilde düzenlenmiştir. Ancak reçete yazıldıktan sonra 7 işgününde ilaç alımının yapılması gerekmektedir. 7 işgününden sonra alınan ilaçlar MAPFRE Sigorta A.Ş. tarafından ödenmeyecektir

Kronik hastalıklar için ilaç kullanımı gerektiğinde, Sigortalı'nın rahatsızlığının, rahatsızlığın öyküsünün ve planlanan tedavisinin yer aldığı hekim raporu ile birlikte Sigortacı'ya başvurması gerekir. Kronik ilaç kullanımının onaylanması halinde Sigortalı'nın Poliçe dönemi içerisinde tedavi süresince, gerekli ilaçlar için anlaşmalı eczaneye "ilk doktor raporu ve/veya reçete fotokopisi" ile başvurması yeterli olacaktır. Tedavi süresince talep edilen onaylanan ilaçlar kasa fişi/fatura ibraz edilmesi halinde Poliçe'de belirtilen iştirak oranı ve limit dâhilinde ödenir.

3.2.3 Tanı Amaçlı İncelemeler

Tıp doktorunun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu'nda belirttiği, Poliçe'nin geçerlilik süresi içerisinde gerçekleşen, teminat kapsamındaki durumlar için yapılan tahlil, röntgen, işitme testi, USG, Doppler, EEG, EMG EKG, EKO, holter giderleri ve bu belirtilen tanı yöntemleri ile sınırlı kalmamak üzere benzer tanı yöntemleri, bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi ve doktor ücretleri ve tanı işlemine ilişkin diğer giderler Poliçe'de belirtilen limit, teminat yüzdesi ile özel ve genel şartlar çerçevesinde karşılanır

Taniya yönelik işlemlerde Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu'nun Doktor tarafından eksiksiz olarak doldurulması ve Doktor tarafından yapılması gerekli görülen her tanı işleminin bu formda belirtilmesi gerekir.

3.2.4. İleri Tanı Amaçlı İncelemeler

Tıp doktorunun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu'nda belirttiği BT, MR, PET-CT ve sintigrafiler (talyum vb.), endoskopik işlemler [gastroskopi, kolonoskopi (biopsi dahil), bronkoskopi vb.], anjiyografiler (koroner anjiyografi hariç), biopsiler, ürodinami giderleri ve bu belirtilen tanı yöntemleri ile sınırlı kalmamak üzere benzer tanı yöntemleri, bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi ve doktor ücretleri, tanı işlemine ilişkin diğer giderler Poliçe'de belirtilen limit, teminat yüzdesi ile özel ve genel şartlar çerçevesinde karşılanır

Taniya yönelik işlemlerde Sağlık Sigortası Hasta Formu'nun Doktor tarafından eksiksiz olarak doldurulması ve Doktor tarafından yapılmasına gerek görülen her tanı işleminin bu formda belirtilmesi gerekir

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

3.2.5 Seanslı Ayakta Tedavi İşlemleri

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığın tedavisi için Doktor tarafından gerekli görülen ve MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi tarafından seans/gün olarak onaylanan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, PUVA (UVA), Hiperbarik O2, ESWT vb. giderleri Poliçe'de belirtilen limit, teminat yüzdesi ile özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. Uygulanacak tedaviler birden fazla vücut bölgesine uygulanması halinde her bölge bir seans olarak işlem görecektir.

3.3 Destek Ayakta Tedavi Teminatı

Destek Ayakta Tedavi Teminatı Poliçe'de eklenmiş olması halinde geçerlidir.

Ameliyat ile sonuçlanmış yatarak tedavilerde ve/veya adli bir kaza sonucu oluşan yatarak tedavilerde yatış tarihinden itibaren 30 gün öncesi ve 30 gün sonrasında aynı vaka ile ilgili tüm Ayakta Tedavi giderleri Poliçe'de belirtilen teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

Destek Ayakta Tedavi Teminatı tek başına verilemez, ancak Yatarak Tedavi Teminatı ile birlikte alınabilir.

3.4 Annelik Teminatı

Annelik Teminatı tercih edilen plan içinde var olması halinde geçerlidir

3.4.1 Standart Annelik Teminatı

Doğum eylemi ve doğum sonrası anne için oluşan hastane masrafı, tıbbi abortus, tıbbi zorunluluk nedeniyle yapılan küretaj veya düşük ve/veya gebeliğin sebep olduğu her türlü komplikasyonlar teminatın yıllık limit, katılım ve teminat yüzdesi dâhilinde özel ve genel şartlara uygun olarak değerlendirilir.

Ayrıca Sigortalı, ayakta tedavi teminatına sahip ise; gebeliğin tespiti ve sonrasında gebelikle ilgili oluşabilecek her türlü hastalık, rutin kontroller ve tetkikler (amniosentez, non invaziv prenatal test, TORCH paneli, vb.), Annelik Teminatı kapsamında teminatın yıllık limit, katılım ve teminat yüzdesi dâhilinde özel ve genel şartlara uygun olarak değerlendirilir.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

Yeni doğan rutin bebek masrafları (doğumun hemen sonrasında bebek hastaneden çıkmadan yapılan ilk muayene ve bakım masrafı) Annelik Teminatı limiti, katılım ve teminat yüzdesi dahilinde karşılanır.

Bu teminat kapsamında yurt dışında gerçekleşecek olan tüm giderler bu teminat limit ve koasüransları dahilinde değerlendirilecektir. Bu teminatın geçerli olabilmesi için Annelik Teminatı bekleme süresinin tamamlanmış ve teminatın ilk alındığı tarihte sigortalının gebeliğinin başlamamış olması gerekmektedir. Annelik teminatı için 9 aylık bekleme süresi uygulanmaktadır. Bu süre sigortalının annelik teminatının ilk başlangıç tarihi itibarıyla başlayacaktır. Annelik teminat kapsamında yapılacak hesaplamada Sigortalı'nın Son adet tarihi dikkate alınır. Son adet tarihinin Annelik Teminatının başlangıç tarihi sonrasında olması ve gebelik takibinde yapılan ultra- sonografi bulguları ile uyumlu olması gerekmektedir. Son adet tarihinin annelik teminatının başlangıç tarihinden önce olması durumunda tüm giderler poliçe teminat kapsamı dışında olacaktır. Yenileme döneminde; annelik teminatına ara verilmesi ve poliçeye annelik teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlayacaktır.

3.4.2. MAPFRE Sigorta A.Ş. Limitsiz Doğum Anlaşmalı Kuruluşlarda Geçerli Doğum Teminatı

MAPFRE Sigorta A.Ş.'nin limitsiz doğum anlaşmasının bulunduğu kuruluşlarda geçerli olacak şekilde sadece doğum eylemine (normal-sezaryen doğum) ait masraflar bu poliçe teminatının mevcut olması durumunda ilgili kapsamında limitsiz ve %100 ödenecektir.

Bu teminat kapsamında alınacak ek prim sadece bir doğum eylemi için geçerlidir. Limitsiz doğum teminatı, Sigortalı'nın annelik teminatının dahil olduğu kesintisiz devam eden Poliçesi'nde Doğum eylemi gerçekleşene kadar geçerli olacaktır.

Limitsiz doğum için belirlenen anlaşmalı kuruluşlarda doğum eylemini gerçekleştiren doktorun ilgili kuruluşun kadrolu/ limitsiz doğum anlaşmalı hekimi olmaması durumunda ödenecek doktor ücreti (operatör, asistan, anestezi), azami HUV tarifesinde belirtilen ücret kadar (HUV*1) ödenecektir. Bu tutarı aşan kısım ödenmeyecektir.

Doğum belirlenen bu kuruluşlarda gerçekleşecek olsa dahi, doğum eyleminden önce ve sonra oluşabilecek hamilelik ile ilgili her türlü durum (tıbbi tahliye, preeklampsi, düşük tehdidi, hiperemezis vb.) Standart Annelik Teminat limiti dâhilinde karşılanacaktır.

Yeni doğan bebek masrafları limitsiz doğum paketi kapsamında olup, çoklu gebeliklerde tek bebeğin ilk bakım masrafları ilgili teminat dahilinde karşılanır. İlk bebek dışındaki bebeğin/bebeklerin bakım masrafları Standart Annelik teminatı kapsamında değerlendirilir.

Gebelik ile ilgili rutin kontrol masrafları Sigortalı'nın Ayakta Tedavi Teminatı'nın mevcut olması durumunda standart annelik teminat limiti dahilinde değerlendirilecektir. Destek ayakta tedavi bu kapsamda değerlendirilmez.

Annelik Teminatı'na sahip olmayan Poliçeler için ilgili teminat verilemez. Bu teminatın geçerli olabilmesi için Annelik Teminatı bekleme süresinin tamamlanmış ve teminatın ilk alındığı tarihte sigortalının gebeliğinin başlamamış olması gerekmektedir. Annelik teminatı için 9 aylık bekleme süresi uygulanmaktadır. Bu süre sigortalının annelik teminatının ilk başlangıç tarihi itibarıyla başlayacaktır. Annelik teminat kapsamında yapılacak hesaplamada Sigortalı'nın Son adet tarihi dikkate alınır. Son adet tarihinin Annelik Teminatının başlangıç tarihi sonrasında olması ve gebelik takibinde yapılan ultra- sonografi bulguları ile uyumlu olması gerekmektedir. Son adet tarihinin annelik teminatının başlangıç tarihinden önce olması durumunda tüm giderler poliçe teminat kapsamı dışında olacaktır. Yenileme döneminde; annelik teminatına ara verilmesi ve poliçeye annelik teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlayacaktır. Annelik Teminatı'na sahip olmayan poliçeler için ilgili teminat geçersiz olacaktır. Bu teminatın geçerli olabilmesi için Annelik Teminatı bekleme süresinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Annelik teminatı için 9 aylık bekleme süresi uygulanmaktadır. Bu süre sigortalının annelik teminatının ilk başlangıç tarihi itibarıyla başlayacaktır. Yenileme döneminde; annelik teminatına ara verilmesi ve poliçeye annelik teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlayacaktır.

3.4.3 Aile Planlaması

Sık tekrarlanmayan aile planlaması yöntemleri (tüp ligasyonu, spiral uygulamaları vb.) Poliçe'de belirtilen şartlar ve teminat kapsamındaki Annelik Teminatı limitinin %20'sine kadar (Annelik Teminatı limiti dâhilinde) ödenebilecektir.

Sık tekrarlanan (doğum kontrol hapi, kondom, vb.) aile planlaması yöntemleri kapsam dışındadır.

Aile planlaması yöntemlerinden faydalanabilmek için Annelik Teminatı için bekleme sürelerinin tamamlanması gerekmektedir.

3.4.4. Bebek Kuvöz Teminatı

Annelik Teminatı dahil olan bir planda en az 1 yıl MAPFRE Sigorta'da sigortalı olup, bekleme süresini dolduran annenin yeni doğan bebeğinin (miadından önce doğmuş olsa bile) ortaya çıkabilecek hastalıklarının (respiratuar distress sendromu, tüm kanama bozuklukları ve apneler, hipoglisemi ve hiperglisemi, konvülsiyonlar, prematüre retinopatisi, asfiksi ve sepsis tedavileri vb. ile belirtilen hastalıklar nedeniyle oluşacak kuvöz masrafları) tedavi masrafları Poliçe'de belirtilen Bebek Kuvöz Teminatı limiti, katılım yüzdesi dahilinde ödenmektedir. Annelik bekleme süresini doldurmamış Sigortalılar için bu teminat geçersizdir.

3.5 Kontrol Mamografi / Kontrol Psia

40 yaş ve üstü yaşlardaki kadın Sigortalıların kontrol amaçlı olarak çektiklerleri mamografi masrafları, 40 yaş ve üstü yaşlardaki erkek Sigortalıların kontrol amaçlı olarak yaptıkları PSA tetkik masrafları, şirketimizin checkup anlaşmalı kuruluşlarında yaptırımları koşulu ile Poliçe'de aksi belirtilmedikçe yatarak tedavi ve/veya ayakta tedavi planına sahip Sigortalılar için yılda bir kez ve %100 olarak ödenir.

Bu tetkikler için Poliçe kapsamında geçerli olan anlaşmalı kuruluşların detaylarına www.mapfre.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Diğer anlaşmalı/anlaşmasız sağlık kuruluşlarında yaptırılan kontrol amaçlı mamografi/PSA ve gerekirse meme ultrasonografi masrafları Poliçe kapsamında ödenmeyecektir.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

3.6 Check Up Teminatı

Sigortalı'nın Poliçesi'nde geçerli olan anlaşmalı kuruluş tipine bakılmaksızın şirketimizin Check-Up Teminatı için oluşturduğu Anlaşmalı Kuruluşlarda yapılması koşulu ile yılda bir kez ve %100 olarak ödenir. Poliçe kapsamında geçerli olan check-up paketi ve check-up Anlaşmalı Kuruluşların detaylarına www.mapfre.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Diğer anlaşmalı/anlaşmasız sağlık kuruluşlarında yaptırılan aynı veya diğer tetkik masrafları bu teminat kapsamında değerlendirilmeyecektir.

3.7 Yurt Dışı Tedavi Teminatı

Sigortalı'nın sigorta başlangıç tarihinden sonra, yurt dışında gerçekleşen, dâhili/cerrahi yatış gerektiren ve teminat kapsamında yer alan yatarak tedavi harcamaları (Yurt İçi Yatarak Tedavi Teminatı'nda tanımlanan durumlar geçerli olacak şekilde) Poliçe'de belirtilen limit, katılım ve teminat yüzdesi doğrultusunda, özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

Sigortalı'nın sigorta başlangıç tarihinden sonra yurt dışında gerçekleşen rahatsızlıklarına ilişkin doktor muayene, ilaç, tanı amaçlı, ileri tanı amaçlı incelemeler ve fizik tedavi giderleri ayakta tedavi kapsamında (Yurt İçi Ayakta Tedavi Teminatı'nda tanımlanan durumlar geçerli olacak şekilde) değerlendirilen tedavi harcamaları, Poliçe'de belirtilen limit, katılım ve teminat yüzdesi doğrultusunda, özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

Poliçe dönemi içerisinde sürekli Yatarak Tedavi görme hali hariç yurt dışında kesintisiz olarak 3 aydan fazla ikamet eden Sigortalıların teminatları Poliçe'de özel bir anlaşma yoksa yurt dışında kaldığı üçüncü aydan itibaren durur. Teminatların durduğu dönem içerisinde yurt dışında oluşacak tedavi masrafları için Sigortacı tazminat ödemez.

Sigortalı'nın Sigorta Poliçesi'nin Bitiş Tarihi'nden önce Türkiye gümrüğünden giriş yapmasının ardından teminatları yeniden başlar. Bu sebeple Sigorta Ettiren'in 3 aydan fazla yurt dışında konaklaması gereken durumları Sigortacı'ya bildirmesi gerekir. Sigortacı'nın, gidilecek ülkeye göre teminatı durdurma veya özel şartlarla devam ettirme hakkı saklıdır.

Yurt dışı ve yurt içi teminatları için aynı özel ve genel şartlar geçerlidir.

Yurt dışı yatarak ve/veya ayakta tedavi kapsamında yer alan sağlık harcamalarına ait faturalar, fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası Efektif Satış Kuru üzerinden Türk Lirası olarak (ilgili ülke para biriminin T.C.M.B. karşılığının olmaması durumunda ABD/USD karşılığı çapraz kuru üzerinden karşılığı TL olarak) hesaplanır ve Poliçe'de belirtilen limit, katılım ve teminat yüzdesi doğrultusunda, özel ve genel şartlara uygun olarak Sigortalı'ya ödenir.

Sigortacı'nın; söz konusu yurt dışı giderlerinin değerlendirilebilmesi ve ilgili fatura ödemelerinin yapılabilmesi için, Sigortalı'dan söz konusu giderlerin gerçekleştiği tarihte yurt dışında, ilgili ülkede bulunduğunu belgelemesi isteme hakkı saklıdır

Teminat kapsamındaki ilgili ödemenin yapılabilmesi için ilgili her türlü belgenin noter tasdikli tercümesinin Sigortacı'ya iletilmesi şarttır

MADDE 4. STANDART BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen durumlar Sigortalı'nın Kayıt Tarihi'nden itibaren adli bir kaza sonucu oluşmadığı takdirde ilgili bekleme süreleri boyunca tüm tedavileri kapsam dışında tutulmuştur. Sigorta Poliçesi'nin yenileme koşullarına göre tekrarlanarak sürdürülmesi ve Sigortacı tarafından aşağıda sayılan durumlardan biri için özel istisna konulmaması halinde teminata dâhil olur.

Adli Bir Kaza Sonucu Oluşmadıkça 6 Ay Bekleme Süresi Olan Durumlar

- 1.Tüm herniler,
- 2.Anorektal hastalıklar (hemoroid, anal fistül ve fissür, anal apse vb.) pilonidal sinüs (kist dermoid sakral).
3. Tonsillektomi, adenoid vegetasyon cerrahisi, kulak zarı cerrahisi ve tüp uygulaması, sinüs cerrahisi.
- 4.Benign (iyi huylu) her türlü tümör, yer kaplayan lezyon, nevüs, polipler ve hiperplazi eksizyonları vb.
- 5.Tiroid ve paratiroid hastalıkları
- 6.Rahim ağzı, rahim, yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve operasyonlar, endometriozis, sistorektosel.
- 7.Hidrosel, spermatosel, kordon kisti ve epididim kisti.
- 8.Omurga ve disk hastalıkları, her türlü eklem rahatsızlıkları (diz, omuz vb.) trigger finger, bağ ve tendon rahatsızlıkları, karpal tünel, tarsal tünel.
- 9.Varis ve Ven Trombozu
- 10.Üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat cerrahileri.
- 11.Bütün endoskopik, laparoskopik işlemler ve anjiyografiler (tanı amaçlı yapılan işlemler hariç).
- 12.Katarakt, glokom, keratoplasti
- 13.Safra kesesi ve safra yolları hastalıkları
- 14.Tüm kronik hastalık tedavileri ve kronik hastalıklar için yapılacak evde bakım hizmetleri (hipertansiyon, ülser, reflü, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn vb.) KOAH, astım, şeker (diyabet) hastalığı, demiyelinizan hastalıklar, myastenia gravis, sarkoidoz, nefrit, tüm romatizmal ve bağ dokusu hastalıkları

Annelik Teminatı İçin Bekleme Süresi; Annelik Teminatı İçin Bekleme Süresi ; Annelik Teminatı kapsamındaki tüm durumlar (Hamilelik rutin kontrolleri, normal veya sezaryen doğum, düşük ve/veya bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyon vb.) için 9 ay bekleme süresi uygulanacaktır. Bu süre sigortalının annelik teminatının ilk başlangıç tarihi itibarıyla başlayacaktır. Annelik teminat kapsamında yapılacak hesaplamada Sigortalı'nın Son adet tarihi dikkate alınır. Son adet tarihinin Annelik Teminatının başlangıç tarihi sonrasında olması ve gebelik takibinde yapılan ultra- sonografi bulguları ile uyumlu olması gerekmektedir.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

MADDE 5. STANDART İSTİSNALAR

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

1. Bu maddede belirtilen hastalıklar kapsam dışı olup, Sigortalı'nın şirketimizdeki bireysel sigortalılık döneminde kesintisiz en az 3 yılını tamamlamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olması veya MAPFRE Bebeği olarak sigortalı olması halinde istisnalar uygulanmayacaktır:

- Police Başlangıç Tarihi'nden sonra belirlenmiş, ileri yaşta ortaya çıksa dahi doğumsal (Konjenital) ve genetik hastalıklar, aksine bir sözleşme belirlenmedikçe (Bebek doğuştan itibaren sigortalı olmuş olsa dahi) prematüre bebek masrafları (Bebek Kuvöz Ek Teminatı alınmadıysa istisnadır.).
- Pes planus, halluks valgus/rijitus için yapılacak tetkik ve tedaviler ile ilgili harcamalar
- Yaşlılıktan ileri gelen bunama ile Alzheimer, Parkinson, Sara (Epilepsi) ve bu rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan antipsikotik, anksiyolitik, antikonvülzan ve tüm psikotrop ilaçlar,
- Nazal septum ve konka için yapılacak operasyonlar

Septum ve konka operasyonları Police'de geçerli olan anlaşmalı kuruluş tipine bakılmaksızın sadece Sigortacı'nın KBB Network adı ile özel olarak belirlemiş olduğu anlaşmalı kuruluşlarda geçerlidir.

Sigortalı'nın tedavisi anlaşmalı kuruluşta anlaşmasız doktor (kadrolu veya kadro dışı geçici tam zamanlı çalışmayan MAPFRE Sigorta ile anlaşmalı doktor/kuruluş olsa dahi) tarafından yapılması halinde doktor ücreti azami HUV Tarifesi'nde belirtilen ücret kadar (HUV*1) ödenecektir

Ancak bu operasyonlar Sigortalı'nın şirketimizdeki kesintisiz devam eden bireysel sigortalılık döneminin en az 5 yılını tamamlamış ve Sigortalı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olması durumunda, ilgili operasyonlar Police'de geçerli olan anlaşmalı tüm kuruluşlarda geçerlidir. Sigortalı'nın tedavisi anlaşmalı Kuruluş'ta anlaşmasız doktor (kadrolu veya kadro dışı geçici tam zamanlı çalışmayan MAPFRE Sigorta ile anlaşmalı doktor/kuruluş olsa dahi) tarafından yapılması halinde doktor ücreti anlaşmasız doktor teminatında belirtilen ücret kadar ödenecektir.

2. Sigortalı'nın şirketimizdeki bireysel sigortalılık döneminde kesintisiz en az 5 yılını tamamlamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olması veya MAPFRE Bebeği olarak sigortalı olması halinde Police Başlangıç Tarihi'nden önce var olmayan şaşılık, otosklero, keratokonus, pitozis ile ilgili tedaviler istisna olarak değerlendirilmeyecek olup, Sigortalı'nın Poliçesi'nde sahip olduğu network'ten bağımsız olarak sadece C network kapsamındaki kuruluşlarda geçerli olacaktır. İlgili hastalıklar için endikasyon şartı olup, söz konusu değerlendirme Medikal İşlemler Merkezi tarafından yapılacaktır. Şirketimizde bireysel poliçede 5 yılını tamamlamamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmamış Sigortalılar için bu rahatsızlıklar kapsam dışındadır.

3. Annelik bekleme süresi doldurulmamış ve Annelik Teminatı olmayan bir plana sahip olan Sigortalı'nın yeni doğan bebeğinin prematüre kuvöz bebek masrafları.

4. Police başlangıç tarihinden önce var olan ve beyan edilmeyen mevcut rahatsızlık/hastalıklar ve bu hastalıkların nüks ve komplikasyonları dâhil (tanı almış olsun olmasın ve/veya tedavi yapılmış olsun olmasın) her türlü sağlık gideri.

5. Her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, gen haritalaması, gen taranması ile ilgili tetkikler

6. Yapısal bozukluklar, motor mental gelişim ve büyüme bozukluğu, (büyüme ve gelişme geriliği/ileriliği, erken/geç puberte vb.) ile ilgili rutin ve spesifik her türlü tetkik ve tedavi giderleri.

7. Psikiyatrik tedavi gerektiren ruh hastalıkları ve psikolojik rahatsızlıklar, nöropsikiyatrik testler, her türlü psikoterapi ve bunlara ilişkin tüm giderler

8. Ehliyetsiz araç kullanımı nedeniyle oluşabilecek her türlü rahatsızlık ve oluşan kazalara ait giderler (ehliyet, Sigortalı'nın kullandığı aracın sınıfına uygun olmalıdır).

9. Alkolizm, alkol (promil seviyesine bakılmaksızın), uyuşturucu, uyarıcı, halusinojen ve diğer madde bağımlılığı ve bu maddelerin kullanımı sonrası oluşabilecek her türlü hastalık, zehirlenme, rahatsızlık ve oluşan kazalara ait giderler.

10. Amatör veya hobi amaçlı olsun olmasın tüm tehlikeli spor faaliyetleri ve/veya bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetlerden (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçuş, ata binme, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), kiteboarding, kitesurfing, su altı sporları, dağ bisikleti, motosiklet ve otomobil sporları ve ehliyet gerektirmeyen elektrikli scooter, elektrikli bisiklet ve elektrikli motosiklet, kayak, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma vb.) doğan masraflar ile profesyonel ve/veya lisanslı her türlü spor faaliyetlerinden kaynaklanan masraflar 40.000 TL ile limitlidir. Bu faaliyetlerden sadece kayak, ulaşım amaçlı ve ehliyetli olması şartı ile motosiklet ve ATV kullanımı ile ilgili tüm masraflar risk gerçekleşmedikçe ek prim ile poliçe limit ve koasürans oranları dahilinde teminat kapsamına alınabilecektir.

11. Yapıldığı kuruluşa bakılmaksızın alternatif tedavi yöntemleri (akupunktur, homeopati, osteopati, hipnoz, yoga, mezoterapi, aromaterapi, nöral terapi, kayropratik tedaviler, ayurveda, ozon terapi, kaplıca ve içme tedavileri, kaplıca ve termal merkezleri, sanatoryum, huzurevi, bakımevi, prevantoryum ve rehabilitasyon merkezlerinde yapılan tedaviler.

12. Bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) kurumu tarafından onaylanmamış ilaç ve malzemeler ile ilgili tüm giderler

13. HUV'da (Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı) karşılığı olmayan işlem/tedaviler.

14. Estetik, kozmetik, lazer ve güzellik merkezleri, lens ve optik merkezleri, Sağlık Bakanlığı çalışma ruhsatı bulunmayan merkezler, sağlıklı yaşam merkezleri, geleneksel/tamamlayıcı ve alternatif tıp merkezleri, anti-aging merkezleri, zayıflama merkezleri, spor merkezleri, yaşam koçluğu merkezleri ve ayak sağlığı merkezlerinde yapılan her türlü işlem ve bu işlemlere ait tüm giderler (muayene, tetkik, tanı, tedavi vb.).

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

15. Sağlık Bakanlığı çalışma ruhsatı bulunmayan tıp hekimlerince ve tıp doktoru olmayan kişilerce yapılan her türlü işlem ve bu işlemlere ait tüm giderler.
16. Nazal valv cerrahisi ile ilgili giderler.
17. Spor öncesi, evlilik öncesi, işe başlama öncesi gibi nedenlerle sağlık kurulu veya doktor raporu temini için yapılan giderler.
18. Sigortalı'nın 1. derece akrabaları tarafından kesilen faturalar
19. Tarama amaçlı yapılan koroner arter kalsiyum skorlama, koroner VCT anjio, EBT (elektron Beam Tomografi) gibi tetkikler, sanal anjio ve sanal kolonoskopi ile ilgili giderler.
20. Laboratuvar ruhsatı olmayan kuruluşlardan gelen tahlil giderleri.
21. Sigortalı'nın özel istisnasının kaldırılmasına yönelik yapılan tüm harcamalar.er
22. MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi tarafından hastaneden gelen raporlar doğrultusunda endikasyonu olmayan Yatarak Tedaviler ve belirli bir şikâyet ve/veya hastalığa bağlı olmayan, şikâyetle ilgisiz yapılan tanı ve tedaviler ile ilgili harcamalar (Check-up, rutin kontrol vb.).
23. Polçe'nin geçerlilik süresinde meydana gelen adli bir kaza ve hastalık (kanser, yanık vb.) sonucu meydana gelmedikçe; plastik ve rekonstrüktif cerrahi, her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler ve bunlara bağlı komplikasyonlar, telenjektazi, cilt hemangiomlarına yönelik tedaviler, jinekometri, terlemeyi önleyen ve bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri, burun estetiği, karın estetiği, sivilce (akne) tanı ve tedavisi, saç dökülmesi tanı ve tedavisi (alopeci areata hariç), her türlü meme küçültme ve büyütme ameliyatı ve aksesuar meme operasyonu ile ilgili tüm giderler.
24. Obezite, kilo, iştah bozukluklarına ilişkin tanı veya tedavi, cerrahi ve komplikasyon, diyetisyen, zayıflama ve kilo alma programı ile ilgili tüm giderler.
25. Uvuloplasti, horlama, uyku apnesi ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri (Uvuloplasti ve uyku apnesi ile ilgili tüm giderler 01.10.2023 tarihinden önce Ömür Boyu Yenileme Garantis'i'ne hak kazanmış Sigortalılar için kapsam dahilindedir.).
26. Skolyoz ve tüm omurga eğrilikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri (Skolyoz ve tüm omurga eğrilikleri için 01.10.2023 tarihinden önce Ömür Boyu Yenileme Garantis'i'ne hak kazanmış Sigortalılar için kapsam dahilindedir.).
27. Dengeli beslenme, diyet-egzersiz programları, alternatif ve/veya tamamlayıcı tedaviler uygulayan hekimlere ait muayene, tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri.
28. İşitme kusuru cerrahisi (tüp takılması, timpanoplasti, kronik otit sekeli vb. hariç) ve tüm bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri, ses ve konuşma terapileri.
29. 7 yaş altındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fıtık işlemleri ile ilgili giderleri (MAPFRE Sigorta bebeklerinde uygulanmayacaktır).
30. Madde 3.1.13'te tanımlanan yardımcı Tıbbi Malzemeler Teminatı kapsamında değerlendirilmeyen tıbbi malzemeler, CPAP cihazı, kalibrasyonu ve monitorizasyonu, evde kullanılan nemlendiriciler, vücuda dışarıdan takılan cihazlar (işitme cihazı, koklear implant vb.), ilaçla alınmayan enjektörler, bantlar, telefon, TV, kafeterya, idari hizmet, paramedikal hizmet ve servis ücreti gibi tedavi için gerekli olmayan sair giderler ile her türlü external protezler ve destek protezleri (Yatarak Tedavi Teminatı bünyesinde değerlendirilemeyecek olanlar).
31. Alerji için yapılacak aşılar, alerji testleri, deri prick testi, gıda intolerans testleri, her türlü immünoterapiler (metabolik ve otoimmün hastalıkların tedavisi için yapılanlar hariç).
32. İsteğe bağlı küretaj, infertilite (kısırlık), sterilite, düşük araştırması ve hamileliğin gerçekleşmesinin sağlanması ile ilgili tüm tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri (tüp bebek, folikül takibi, mikroenjeksiyon, tuboplasti vb.) histero salpingografi (HSG), spermogram, adezyolizis giderleri.
33. Kısırlıkla ilgili olsun ya da olmasın varikosel giderleri (18 yaş altı varikosel hariç).
34. Cinsiyet değiştirme operasyonları, iktidarsızlık, peyroni, penil kordi, vajinismus, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil) ve Madde 3.4.3 kapsamına girmeyen doğum kontrol yöntemleri (hap, kondom vb.) giderleri.
35. Bulaşma yoluna bakılmaksızın sifiliz, anogenital kondilomlar, HIV, AIDS ve bunlarla ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri.
36. Tıbbi gereği olsa dahi sünnet ve fimozis ile ilgili tüm harcamalar.
37. Yüzeysel varis tedavisi için uygulanan skleroterapi, lazer, ışın, masaj, çorap vs. gibi ile ilgili giderler.
38. Organ, doku ve kan naklinde verici ile ilgili masraflar
39. Kordon kanı ve kök hücre alınması ve saklanması ile ilgili giderler.
40. Resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar ve kötü niyetle başlatılmış salgın hastalıklar ile ilgili tüm giderler.
41. Hastalığa karşı koruyucu her türlü işlem ile kuduz, tetanos, grip, 65 yaş üstü kişiler için pnömokok, 0-6 yaş çocuklar için Sağlık Bakanlığı aşı takvimine ek olarak rotavirüs, meningokok haricindeki tüm aşılar (aşı öncesi veya sonrası yapılan tetkikler ile aşı uygulama bedelleri dahil) ve hastalığa karşı her türlü koruyucu işlemler.
42. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98/2 maddesi gereğince, Sigortalıların ödemek ile yükümlü oldukları katılım payları.
43. MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi tarafından onaylanmayan özel hemşirelik giderleri (Evde Bakım Teminatı dışında) ve acil durumlar (Madde 2 Tanımlar'da açıklanmıştır) dışındaki ambulans giderleri, yardımcı sağlık personeline (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı gibi) ait tüm giderler.
44. Muayenehane hekimi tarafından yapılan tetkikler (Sağlık Bakanlığı onayı olan temel laboratuvar tetkikleri hariç).
45. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar, ilaç tanımına girmeyen etken madde içermeyen preparatlar, Tarım Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış her türlü madde ve kimyasallar, resmi ithal edilmemiş tüm ilaçlar (Türkiye'de bulunmayan ve muadili olmayan, Sağlık Bakanlığı'nın izniyle ithal edilen ilaçlar hariç), vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacıyla kullanılan vitamin-mineral kombinasyonları ve/veya beslenme düzenleyici preparatlar ve tıbbi mamalar
46. Diş hekimi ve çene cerrahlarınca yapılan muayene, diş-diş eti tedavisi ile çene tedavilerine ilişkin tüm giderler, diş macunu ağız ve diş bakım preparatları, vb. ait masraflar.
47. Gözlük-lens, lens solüsyonu, toric ve multifocal lensler ile görme tembelliği, gözde kırılma kusurları (miyop vb.) tedavileri, MAPFRE Bebekleri hariç olmak üzere göz kaymaları için yapılan her türlü teşhis, tetkik ve tedavi masrafları.
48. Her türlü tıbbi malzeme ve/veya cihaz kullanım/kira ücretleri (evde bakım teminatı kapsamında değerlendirilenler hariç).

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

MADDE 6. COĞRAFİ KAPSAM

Türkiye sınırlarında ikamet eden kişiler için geçerlidir. Poliçe'de yurt içi teminatlar tüm Türkiye'de, yurt dışı teminatlar ise Türkiye dışında tüm dünyada geçerlidir

MADDE 7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1 Limit Uygulamaları

Yıllık Toplam Limit: Sigorta Poliçesi ekinde verilen Poliçe'de, hastalık başına ve/veya teminata göre değişebilen limitler belirtilmiş olup, bu limitler üzerinden ilgili teminata ait varsa katılım payı düşülerek işlem yapılmaktadır. İlgili limitlerden önce talep edilen tazminat tutarı sonra varsa teminata ilişkin katılım payı düşülerek ödenecek tazminat tutarı belirlenir. Ancak bu tutar her hâlıkârda ilgili işlemin geçerli olacağı ana teminatın limitini geçemez.

Yıllık Yatarak Tedavi Toplam Gün Limiti: Sigortalı'nın bir Poliçe Dönemi'nde Hastane'de yatacağı toplam gün sayısı 180 olup, bu limitin maksimum 90 günü yoğun bakım için kullanılmaktadır. Bu amaçla, Hastane'de yatılan her gün bir gün olarak sayılacaktır. Yenilenen her Poliçe Dönemi ilgili limitler yeniden başlayarak değerlendirilecektir.

Yatarak Tedavi Yaşam Boyu Toplam Gün Limiti: Sigortalı'nın yaşamı boyunca yararlanabileceği toplam Yatarak Tedavi gün sayısı 720 olup, Sigortalı'nın Poliçesi'ni kesintisiz olarak yenilediği yıllar için geçerli olacaktır. Bu amaçla, Hastane'de yatılan her gün bir gün olarak sayılacaktır. Yatarak Tedavi Yaşam Boyu Toplam Gün Limiti dolarsa limiti dolan Sigortalı'nın tüm teminatları, limitin dolduğu gün kendiliğinden sona erer. Yaşam boyu gün limitinin (720 gün) aşılması durumunda, Sigortacı'nın Poliçe'yi yenilememe hakkı vardır

Ömür boyu yenileme garantisine sahip Sigortalılarda yatarak tedavi yaşam boyu toplam gün limiti uygulanmaz.

Poliçe Bitiş Tarihinden Sonra Devam Eden Yatış Limiti: Sigorta Poliçesi yürürlükteyken başlayan ve kesintisiz olarak Sigorta Poliçesi'nin Bitiş Tarihi'nden sonraki bir tarihe kadar süren hastane tedavilerinin masrafları, sigorta süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşme yapılmaması durumunda, Sigorta Poliçesi'nin Bitiş Tarihi'nden itibaren 10. güne kadar teminat altındadır. Sigorta Poliçesi'nin iptali veya Sigortalı'nın Sigorta Poliçesi teminatlarından çıkarılması ya da teminat planını değiştirmesi halinde iptal, çıkartılma veya plan değişikliği tarihinden sonraki hastane tedavilerinin masrafları hiçbir koşul aranmaksızın karşılanmaz.

7.2. Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulamaları

Sağlık Sigortası Genel Şartları ile bu Sigorta Poliçesi'nin Özel Şartlar'ında belirtilen teminatların kapsamındaki sağlık harcamalarının Poliçe'de belirtilen teminat yüzdesi, limit ve muafiyetler dikkate alınarak Sigortacı'nın ödeyeceği kısım Kabul Edilebilir Tazminat olarak belirlenir. Poliçe'de belirtilen teminat yüzdesinden artı kalan katılım payı ise Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından karşılanır.

7.3 Muafiyet Uygulamaları

Sigorta Poliçesi ekinde verilen Poliçe'de teminata göre değişebilen, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olmadığı yıllık toplam limit tutarıdır.

Sigorta Poliçesi ekinde verilen Poliçe'de teminata göre değişebilen, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olmadığı yıllık toplam limit tutarıdır.

MADDE 8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında gerçekleştirilecek tedaviler için alınmış provizyon onayları 7 gün içerisinde gerçekleşmesi durumunda geçerlidir. Bu süre içerisinde gerçekleşmeyen işlemler için yeniden provizyon alınması şarttır. 7 gün içinde işlemi yapılmayan ve yeniden provizyon onayı alınmayan işlemler için MAPFRE Sigorta A.Ş.'nin reddetme hakkı saklıdır

Anlaşmalı Kuruluşlarda yapılmış giderler dışında Anlaşmasız Kuruluş'ta Sigortalı tarafından yapılmış ödemeler ile ilgili sağlık giderlerini gösterir fatura asılları ve gerekli diğer evrakın (doktor raporu, tetkik sonuçları vb.) eksiksiz Sigortacı'ya ulaştırılması karşılığında 5 işgünü içinde değerlendirmesi tamamlanır, ödemeye uygun olan talepler bu süre içerisinde ödenir.

Sigorta priminin taksitle ödendiği Poliçelerde rizikonun gerçekleşmesi halinde, kalan taksitler muaccel hale gelir ve Sigortalı'ya ödenecek tazminattan mahsup edilir

Sadece Yatarak veya Yatarak ve Ayakta Tedavi alınmış bir Poliçe'de, sağlık harcamalarına ilişkin ödemenin başlayabilmesi için; faturanın hangi teminattan (Yatarak, Ayakta ve/veya Annelik) geldiğine bakılmaksızın öncelikle muafiyet tutarı düşülür ve muafiyet tutarını aşan kısmı Poliçe'de belirtilen limit, katılım, özel ve genel şartlara uygun olarak ödenir

Sigorta süresi içinde Sigortacı'ya bildirilen ve kabul edilmiş sağlık durumları ile ilgili, hastane tedavileri devam ederken Poliçe'nin sona ermesi ve yenilenmemesi durumunda, Poliçe'nin sona ermesinden sonraki 10 günlük tedavi giderleri Sigortacı tarafından ödenir.

Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında ve Poliçe kapsamında değerlendirilen, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ve devlete bağlı üniversite hastanelerinden gelen faturalar Anlaşmalı Kuruluş katılım ve limitleri dahilinde değerlendirilecektir.

Sigortalı'nın tedavisi sırasında vefatı durumunda morg masrafları bu teminat limit ve katılım oranlarında değerlendirilir.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

Yurt dışında gerçekleştirilmiş sağlık giderlerine ait yabancı dilde düzenlenmiş ödemelerde gerekli her türlü belgenin noter tasdikli tercümesi Sigortacı'ya iletilmelidir.

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

Yatarak Tedavi teminat kapsamındaki ödemelerin yapılabilmesi için aşağıdaki belgelerin Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir

- 1- Sigortalı tarafından imzalanmış dökümlü hastane faturaları, yatış nedenini gösterir tıbbi rapor.
- 2- Cerrahi girişimlerde ayrıntılı ameliyat raporu (parça alınmışsa patoloji sonuç raporu dahil).
- 3- Gerekli görüldüğünde müşahede dosyası, trafik kazası tespit tutanağı, adli rapor, adli tutanak, alkol raporu, sigortalı beyanı.
- 4- Epikriz (akış özeti) raporu,
- 5- Gerekli görüldüğünde endoskopik (laparoskopik, artroskopik, robotik, torakoskopik... vb) ameliyat videoları.

Ayakta Tedaviler giderlerinin belgelenmesinde de teminat kapsamındaki ödemelerin yapılabilmesi için Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu ekinde aşağıdaki belgelerin Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir

Doktor muayenelerinde;

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

MAPFRE Sigorta'nın yapacağı değerlendirme ve hukuki incelemeler sonucunda bazı kuruluşlara ait faturalar için az ödeme ya da ödeme yapmama hakkı saklıdır. Lütfen Poliçelerimizde anlaşmasız doktor tercih etmeniz durumunda MAPFRE Sigorta Go, MAPFRE Sigorta Web Sitesi, 0850 755 0 755 No'lu hat ya da musterihizmetleri@mapfre.com.tr adresinden Müşteri Hizmetleri temsilcisine ulaşarak ilgili doktorun geçerliliğini teyit ediniz

İlaç giderlerinde;

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

Tanı ve İleri Tanı Amaçlı İncelemelerde;

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

Fizik Tedavilerde;

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

Annelik Teminatında;

- 1- İlgili doğum ve doktor raporu.
- 2- Dökümlü hastane faturası,
- 3- Gerektiğinde müşahede dosyası,
- 4- Zorunlu küretajda Jinekolojik USG raporu, patoloji sonucu veya Beta HCG sonucu.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

MADDE 9. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1 Sözleşmenin Yenilenmesi

İşbu sigorta en çok 1 yıl süre ile geçerlidir. Ancak, sigorta bitiş tarihini takiben Sigortalı/Sigorta Ettiren'in talebi ile Sigortacı'nın belirleyeceği esaslar dahilinde yeni Poliçe düzenlenebilir. Yenileme döneminde plan yükseltme değişikliği talebinde bulunulması halinde, sağlık beyan formu istenebilir.

Sigortacı, Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olmayan Sigortalıların sigortalı olduğu dönem içerisindeki sağlık durumunu ve/veya hasar/prim oranını inceleyerek Poliçe Yenileme Şartları'na karar verir.

Sigortacı'nın yeni sözleşmede geçerli olacak bir önceki dönemde ve/veya süregelen rahatsızlıkları için Ömür Boyu Yenileme Garantisi hükümleri saklı kalmak kaydı ile şartlı kabullerde bulunması durumunda Poliçe yenilendiği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece bu şartlı kabuller geçerli olacaktır

Sigorta Ettiren yenileme sırasında Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olsa bile Sigorta Poliçesi'ndeki Teminat Kapsamı'nı genişletmek ve/veya farklı ürün, network, farklı teminat eklenmesi amacıyla Sigortacı'ya başvurabilir. Sigortacı bu değişiklik talebi ile ilgili olarak yeni başvuru formu isteme, başvuruyu reddetme, şartlı kabul etme (Riziko Ek Primi, limit, katılım vb.) hakkı saklıdır. Yeni eklenen teminatlar için bekleme süresi yeniden başlar. Ayrıca, Poliçeler güncel olan prim, tarife ve özel şartlar ile yenilenir.

Sigortalı mevcut Poliçe'nin bitiş tarihinden 30 gün önce veya 30 gün sonrasına kadar yeni sözleşme (Poliçe) için Sigortacı'ya başvurabilir.

Yenileme tarihinin üzerinden 30 gün veya daha fazla süre geçmişse; Sigortalı için yeni bir sigortalı gibi yeniden başvuru formu düzenlenecek, yeni bir sigortalı gibi sigortaya katılacaktır. Kazanılmış hakları ve kazanmış olduğu Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı geçerli olmayacak, var olan hastalıkları için risk analizi yapılacaktır. Sigortalı'nın hasar/prim oranından kaynaklanan vb. geçmiş Poliçe'de kazanılmış indirimleri geçerli olmayacaktır.

Sigortacı'nın yeni Poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan risklerinin teminat altına alınmaması, Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca şartlı kabuller ile (limit, Riziko Ek Primi, katılım, bekleme süresi, vb.) teminat altına alınması ve yenileme haklarının geçerliliğinin kaldırılması hakları saklıdır.

Sigortalı'nın yenileme sırasında Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1435. maddesinde düzenlenen beyan yükümlülüğüne uyması şarttır

9.2 Ömürboyu Yenileme Garantisi

Sigortalı'nın kesintisiz MAPFRE Sigorta A.Ş.'de, 3 yıl boyunca aynı üründe sigortaya devam etmesi ve son üç yıl Hasar/Prim oranı ortalamasının %80'in altında olması şartıyla Sağlık Poliçesi sahibi olan Sigortalılara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda belirlenecek şartlar dahilinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilecektir. Sigortacı "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" değerlendirmesi yapabilmek için Sigortalı'dan güncel sağlık durumunu içeren başvuru formu, ihtiyaç duyarsa tıbbi raporlarını talep edebilir. Sağlık koşullarına göre yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacı'nın şartlı kabuller (limit, Riziko Ek Primi, istisna, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak kabul etme veya herhangi bir şart uygulamaksızın "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verme hakkı saklıdır.

Yenileme garantisi kişiye özeldir ve bu hakkı kazanmış Sigortalılara aittir. Sigortacı tarafından Sigortalı'ya verilen "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" ifadesi her bir Sigortalı'nın Poliçesi'nde belirtilir.

Başka bir sigorta şirketinden MAPFRE Sigorta A.Ş.'ye geçiş yapılacak Poliçelerde yenileme garantisi olsun olmasın Sigortalılara risk analizi yapılacak, limit, katılım payı, istisna, Riziko Ek Primi vb. uygulamalar söz konusu olabilecektir. Ancak hastalık başına uygulanabilecek riziko ek primi %200'ü aşmayacaktır.

Önceki şirketteki kazanılmış olan Yenileme Garantisi hakkı MAPFRE Sigorta A.Ş. kriterlerine göre yeniden değerlendirilecek olup, yapılacak risk analizi çerçevesinde Sigortalı'nın yenileme garantisi hakkı Sigortacı'nın mevcut özel şartları ile devam ettirilebilecektir.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

“Ömür Boyu Yenileme Garantisi” verilmiş bir Sigortalı için yenileme garantisinin verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalık durumları nedeniyle Sigortacı’nın, Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 ve 7’de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirmesi yapma ve Riziko Ek Prim, istisna, limit, katılım payı gibi yeni bir ek şart uygulama, tazminat/prim oranına göre ekprim uygulama hakkı bulunmamaktadır. Bu dönemde Sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde Sigortacı yeni eklenecek veya değiştirilecek teminat için tekrar risk analizi yaparak limit, katılım payı, istisna, Riziko Ek Prim vb. şartlar uygulayabilecektir. Ayrıca Sigortacı’nın ilgili talebi reddetme hakkı saklıdır. Sigortacı’nın yenileme garantisi taahhüdünde bulunduğu Sigortalılarına sunduğu Sağlık Poliçesi, Poliçe’nin Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını kazandığı tarihteki Özel Şartlara tabidir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olmayan Sigortalılar için her Poliçe Dönemi’nde yürürlükteki Poliçe Özel Şartları geçerli olacaktır.

MADDE 10 PRİM TESPİTİ

10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Sigortacı’nın Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca sağlık riski seçilen plan, teminatlar, Sigortalı’nın yaşı ve cinsiyeti, sağlık enflasyonu, tazminat prim oranı dikkate alınarak Sigortalı adayının primleri hesaplanır. Sigorta başlangıç tarihinden sonra aile kapsamında eş, çocuk eklemesi ya da Sigortalı’nın plan değişikliği talebinde bulunması durumunda Sigortacı’nın ilgili talebi kabul etmeme hakkı saklı kalmak kaydıyla talep tarihinde yürürlükte olan primler üzerinden işleme alınır.

Poliçe kapsamındaki Sigortalıların primleri ve vadeleri Poliçe ön yüzünde; teminatları, limit, katılım vb. plan bilgileri Poliçe’de belirtilmiştir. Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır.

Aktüeryal olarak hesaplayacağımız tarife baz primleri ilgili döneme ait medikal enflasyona etki edecek değişkenlerin ağırlıklı oranının %50’nin altında kaldığı sürece tüm yaş ve teminatlara ait uygulanacak tarife baz primine yapılacak zam oranı ortalama %300’ü aşmayacaktır. Aksi durumda ilgili döneme ait medikal enflasyon değişkenleri dikkate alınarak bu oran artış gösterebilecektir. Medikal enflasyona ait değişkenler; TÜFE, ÜFE, Türk Tabipleri Birliği Ücret Tarifesi katsayı değişimleri, döviz kur değişimleri, sağlık kurumlarının şirketimize uygulayacağı cari fiyat değişimlerini içermektedir.

Teminat kapsamında olması şartlı ile MAPFRE Sigorta A.Ş.’den talep edilmeyen ya da sevk ile SGK tarafından ödenen tutarın %25’i yenileme döneminde Poliçe priminden düşülecektir. (Ayakta tedavi için geçerli değildir.)

Ancak, Sigortalı tarife primine yapılan tüm indirimler toplamı Sigortalı’nın priminin %50’sini aşmamalıdır

10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

Hasarsızlık İndirimi

Hasarsızlık İndirimi uygulaması giriş kademesi ve 7 adet indirim kademesi ile beraber toplam 8 kademedan oluşmaktadır.

Yeni iş ve Transfer olarak Poliçe alan Sigortalılar bu uygulamaya giriş kademesinden (1. kademe) başlar. Sigortalı’nın yürürlükteki Poliçe Dönemi Kademesi ile “Tazminat”/“Sağlık Net Primi” (T/P) Oranı dikkate alınarak, bir sonraki yıl yenileme Poliçesi’nin kademesi belirlenir. Önceki yıl Poliçe’ye gün esaslı olarak giriş yapılan sigortalılık süresi 6 aydan kısa olan Sigortalılar için başlangıç basamağı 1 olacaktır. Sigortalı’nın yürürlükteki Poliçe Dönemi Kademesi ile “Tazminat”/“Sağlık Net Primi” (T/P) Oranı dikkate alınarak, Yenileme Poliçesi’nin kademesi belirlenir

Yenileme Poliçe

Tazminat /Prim oranı %25’ten küçük ise bir üst kademe,
Tazminat/Prim oranı %25,01 (dahil) ile %70 (dahil) arasında ise aynı kademe,
Tazminat /Prim oranı %70,01 (dahil) ile %150 (dahil) arasında ise 1 alt kademe,
Tazminat /Prim oranı %150,01 (dahil) ile %350 (dahil) arasında ise 2 alt kademe,
Tazminat /Prim oranı %350,01 (dahil) ve üzeri ise 3 alt kademe ile yenilenir.

KADEME	1	2	3	4	5	6	7	8
İNDİRİM ORANLARI (%)	0	15	25	30	35	40	45	50

10.2 Prim Ödemeleri

Sigorta priminin ne şekilde, hangi vade ve tutarlarda ödeneceği, başvuru üzerinde ve/veya prim ödeme formunda belirtilmektedir. Sigortalı, prim ödemelerinin tamamını Sigortacı’nın onayladığı ödeme planı doğrultusunda, aşağıda belirtilen tahsilat seçeneklerinden birini tercih ederek peşin ve/veya taksitli olarak yapabilir.

Poliçe üzerinde yazılı primlerin ilgili vadelerde ödenmesi yükümlülüğü Sigorta Ettiren veya varsa Sigortalı’ya aittir.

a) Kredi Kartı ile Ödeme

Sigortalı, başvuru formunda belirtmiş olduğu ödeme planı bilgilerini Ödeme Bildirim Onay Formu üzerinde tam ve eksiksiz doldurmakla yükümlüdür.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

b) Çek ile Ödeme

Sigortalı / Sigorta Ettiren, Poliçe üzerinde belirtilen prim tutarını ödeme planına göre çek ile yapabilir.

c) Banka Havalesi ile Ödeme

Sigortalı, Poliçe ödeme planında belirtilen prim tutarını (Peşinat için banka dekontunun başvuru ile gönderilmesi şarttır) havale ile yapabilir.

Havale işleminde Sigortalı adı Poliçe numarası mutlaka açıklama bölümüne yazdırılmalıdır. Bu bilgilerin yer almadığı ödemelerin ilgili Sigortalı hesabına aktarılmasından Sigortacı sorumlu değildir.

MADDE 11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1 Sigorta Süresi ve Sigortaya Kabul

Sigorta süresi 1 yıldır ve Poliçe'de belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında yürürlükte kalır. Sigorta teminatları başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilip Poliçe'nin düzenlenmesi ve peşinatın ödenmesi ile yürürlüğe girer.

Sigorta Poliçesi, şirketimize ilk girişte 14 günden büyük bebekler ve 65 yaşından küçük kişileri sigorta teminatı altına alır. Sigorta Ettiren'in 18 yaşından büyük olması şarttır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış Sigortalıların şirketimizdeki yenilemelerinde yaş limiti yoktur.

0-12 yaş arası çocuklar ise aile kapsamında ve/veya kanunen bakmakla yükümlü en az bir kişi ile aynı üründen teminat kapsamına alınabilir. Talep edilmesi durumunda, Sigortalı'nın bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş, öğrenim gören (belgelenmesi şartı ile) çocukları 24 yaşına kadar Poliçe kapsamında teminat altına alınabilir. 14 günden büyük, 12 yaşından küçük çocuklar sadece anne veya babanın sigortalı olduğu ürün kapsamında sigortalanabilirler.

12-18 yaş arası çocuklar ise Sigorta Ettiren'in 18 yaşından büyük olması şartı ile tek başına sigortalanabilecektir.

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

11.2 Başvurular

Sigorta Ettiren/Sigortalı adaylarının ilk ve sonradan yapacakları bütün başvuruların, Sigortacı tarafından temin edilen başvuru formları ile yapılması, Sigortalanacak Kişiler'le ilgili beyan kısımlarının eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerekir. Yazılı başvurularda başvuru formu üzerinde herhangi bir düzeltme kabul edilmemektedir.

Şirket ilk sözleşme kurulurken gerekli görmesi halinde Sigortalı'nın sağlık durumunun tespiti için hekim görüşü alınmasını talep edebilir. Ancak yenilemelerde, plan değişikliklerinde veya farklı sigorta şirketlerinden geçiş işlemlerinde hekim görüşü talep edilmeyecektir.

Şirketin Sigortalı ya ilişkin bilgileri kendisini tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Gözetim Merkezinden , Kamu Kurum ve Kuruluşlarından temin edilmiş olmasına rağmen yine de hekim görüşüne ihtiyaç duyulursa ilgili masraflar Sigortacı tarafından karşılanır. Ancak sözleşme sadece Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından gelen sağlık beyanı ile kuruluyorsa gerekli olabilecek hekim görüşü masrafları Sigortalı/ Sigorta Ettiren tarafından karşılanacaktır.

Sigortalı, her Poliçe yenileme döneminde, Ömürboyu Yenileme Garantisi almış olsa dahi yenileme işlemleri için Sigortacı'ya başvuruda bulunmalıdır.

Sağlık durumu ve/veya yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacı'nın yenileme garantisi almamış Sigortalılarda başvuruyu reddetme, şartlı kabuller (limit, Riziko Ek Primi, istisna, katılım payı, bekleme süresi, vb.) uygulayarak kabul etme hakkı saklıdır.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

11.3 MAPFRE Sigorta A.Ş. Bebeği

MAPFRE Sigorta A.Ş.'de 3S Sağlık Sigortası ürününe sahip olan annenin doğan bebekleri hastaneden taburcu olduktan sonra en geç 2 ay içinde yeni doğan bebek başvuru formu ve bebeğin hastane epikriz raporu ile birlikte şirketimize başvurulması durumunda risk analizi yapılarak doğum tarihi itibarıyla anne ile aynı üründen Poliçe kapsamına dahil edilebilecektir. Yapılacak risk değerlendirilmesi sonrası doğuştan sigorta kapsamına alınan bu bebekler "MAPFRE Sigorta Bebeği" olarak adlandırılarak, bu bebeklere ömür boyu yenileme garantisi verilebilecektir. Değerlendirme sonucu ömür boyu yenileme garantisi almaya hak kazanan bu bebeklere "konjenital (doğumsal) hastalıklar için geçerli olan 3 yıl bekleme süresi şartı" uygulanmayacaktır. Bu şart bebeğin sağlıklı ve mevcut konjenital (doğumsal) hastalıklarının olmaması halinde geçerli olacaktır.

MAPFRE Sigorta Bebeği tanımı olan bir bebeğin mevcut rahatsızlığının tazminat aşamasında başvuru formunda beyan edilmediğinin tespit edilmesi durumunda ilgili hastalıklar için istisna uygulanabilecek olup, bu bebekler MAPFRE Sigorta Bebeği ve ömür boyu yenileme garantisi hakkını kaybedebileceklerdir.

Bebeğin sigorta kapsamına alınması için yapılan risk değerlendirilmesi sırasında, MAPFRE Sigorta Bebeği tanımına uygun olmayan bebeklere istisna uygulanabilecek veya Sigortalının sigorta kapsamına almama hakkı saklı kalacaktır.

Bu maddede istisnai olarak ; sigortalının poliçesinde annelik teminatının bulunması ve bu teminat bekleme süresinin tamamlanması sonrasında doğan bebekler, doğum tarihlerinden itibaren 15 gün içerisinde Sigortacıya bildirim yapılması şartı ile herhangi bir istisna, limit uygulaması yapılmadan varsa hastalıkları için ek prim alınarak MAPFRE Sigorta Bebeği olarak kabul edilebilecektir.

Sağlık sigorta kapsamına alınan Mapfre Sigorta Bebeği nin yeni doğan hastane masrafları annelik teminatından karşılanacaktır.

Farklı sigorta şirketlerden geçişlerde, "şirket bebeği" olan, doğum tarihi itibarıyla sigortalanan, yenileme garantisi mevcut ve bu durumda konjenital rahatsızlıkları teminat kapsamında olan ve yapılan risk analiz sonucunda MAPFRE Sigorta'ya bu şartlarla geçişi kabul edilen (kazanılmış haklarıyla geçen) bebekler için, sonradan ortaya çıkan konjenital hastalıklar için standart istisna uygulanmayacaktır (Söz konusu durum için bebeğin geçiş esnasında sağlıklı ve mevcut konjenital rahatsızlığı bulunmama önkoşulu vardır). MAPFRE Sigorta Bebeği hakkına sahip olan Sigortalı'nın Poliçesi'nin kesintisiz olarak devam etmesi halinde bu hakkı saklı kalacaktır. Sigortalı'nın MAPFRE Sigorta Bebeği hakkı olmayan bir ürüne geçmesi durumunda bu hakkı geçersiz kalacaktır. Başka üründen sigortalınmış annenin yeni doğan bebekleri MAPFRE Sigorta Bebeği olamaz. MAPFRE Sigorta Bebeği kriterlerine uymayan bebeğin sigorta kapsamına alınması başvuru tarihi itibarıyla mümkün olup, bu tarih en erken doğum tarihinden itibaren 14. gün olabilir.

11.4 Sigorta Ettiren'in Sorumluluğu

Poliçe'nin iptal edilmesi veya Sigortalı'nın Poliçe kapsamından çıkması halinde, Poliçe kapsamı dışında kalan bu kişiler adına düzenlenmiş evrakların Sigortacı'ya iade edilmesi sorumluluğu Sigorta Ettiren'e aittir. Evrakların tam olarak teslim edilmemesinden doğacak kayıplar Sigorta Ettiren'e rücu edilir

Sigorta Ettiren/Sigortalı başvuru formu ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden ve/veya değerlendirilmesinde etkili olacak bilgileri beyan etmekle yükümlüdür.

Sigortalı'nın/Sigorta Ettiren'in beyanı gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış ise Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 hükümleri uygulanır. Madde 6'ya göre Sigortacı'nın hakları saklı kalmak kaydıyla Sigortalı/Sigorta Ettiren'in beyan etmediği hastalıklarını değerlendirme ve şartlı kabul (kapsam dışı, Riziko Ek Primi vb.) teminat kapsamına alma hakkına sahiptir

Sigortacı, Poliçe'nin Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartlarına aykırı olan giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri Sigortalı'dan ve/veya Sigorta Ettiren'den tahsil etme hakkına sahiptir.

MADDE 12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

12.1 Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar

Sigortacı'nın başka bir şirketten geçiş olarak Poliçe yenilemesini yaparken; var ise Ömür Boyu Yenileme Garantisi şartları saklı kalmak kaydı ile Sigortalı'dan sağlık bildirimi isteme, şartlı kabullerde bulunma (limit, Riziko Ek Primi, katılım payı, bekleme süresi vb. uygulama) hakkı vardır. Başka bir şirketten Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı ile geçiş yapan Sigortalı için şirketimizdeki Ömür Boyu Yenileme Garantisi şartları geçerli olacaktır.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

Kişinin diğer sigorta şirketi/şirketlerindeki hastalıkları ve/veya ilk sigortalanma tarihinden de önceye dayandığı tespit edilen hastalıkları önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi başvuru formunda beyan edilmemiş ise kazanılmış hak kapsamına girmez. Bu hastalıklar teminat haricidir.

Kazanılmış haklar sadece özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması, ilk kayıt tarihinin korunması ve varsa Ömürboyu Yenileme Garantisi'nin devredilmesini ifade eder.

Sigortalı'nın, önceki Poliçesi'nin özel şartlarında/teminatlarında yer alan ama yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda/teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir. Ancak, yeni dönem için geçerli özel şartlarda mevcut olan ama bir önceki dönem özel şartlarda yer almayan haklar Sigortalı için de geçerli olacaktır. Sigortalı'nın kazanılmış haklarının korunması için sigorta bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde başvurması gerekmektedir.

12.2 MAPFRE Sigorta A.Ş.'de Mevcut Grup Poliçesi'nden Ferdi Poliçe'ye Geçiş Uygulamaları

Grup Poliçe kapsamında ömür boyu yenileme garantisi almamış olan Sigortalı'nın , grup sözleşme kapsamından çıktığı tarihten itibaren en geç 30 gün içerisinde bireysel olarak (Ferdî Poliçe) başvuruda bulunmalıdır. Sigortacı'nın bu başvuruyu reddetme ve yapılan risk analizi değerlendirmesine göre standart şartlarla kabul etme veya şartlı kabul (riziko ek primi, limit, katılım payı, istisna vb.) etme hakkı saklıdır.

Şirketimizdeki grup poliçe kapsamında ömür boyu yenileme garantisi mevcut olan Sigortalı'nın Grup Sağlık Sigorta Poliçe kapsamından ayrılması durumunda (emekli olma, isten çıkarılma veya istifa etme sebebiyle) en geç 30 gün içinde işten çıkış bildirgesi ile birlikte Ferdi Poliçe için başvurması gerekmektedir. Sigortalı'nın daha önce sahip olduğu Grup Sağlık Sigortası ürününe eş değer bir ürün, yoksa en yakın bireysel ürünlerden biri ile Poliçesi'nin devamı sağlanabilecektir. Ancak Sigortalı'nın grup poliçe sertifikasında yer alan ömür boyu yenileme garantisi "Ferdî poliçede geçerli olmak üzere, sertifikada belirtilen yenileme garantisi tarihine kadar olan riskler için medikal değerlendirme yapılması şartı ile verilmiştir" şeklinde ise ilgili tarih öncesi sağlık risklerine ilişkin değerlendirme yapılarak ferdi poliçe geçiş şartları belirlenecektir.

Grup Poliçe kapsamında olan Sigortalı'nın, gruptan çıkışı söz konusu olmadan Ferdi Poliçe için başvurması durumunda Sigortalı'nın ömür boyu yenileme garantisi mevcut olsun olmasın, Ferdi Poliçe'ye geçiste risk analizi yapılacak ve değerlendirme sonucuna göre başvurunun ret edilmesi, istisna uygulanması veya Riziko Ek Primi uygulaması gibi şartlar uygulanabilecektir.

Sigortalı'nın Annelik Teminatı mevcut olan aktif grup poliçesi olup, yeni bir Annelik Teminatı içeren Ferdi Poliçe'de sigortalı olması durumunda Ferdi Poliçe başlangıç tarihi itibarıyla 9 aylık bekleme süresi geçerli olacaktır.

MADDE 13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1 İptaller

Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın Poliçe'nin tanzim tarihinden sonra 30 gün içinde iptal talebinde bulunması halinde; rizikonun gerçekleşmediği durumlarda Poliçe Başlangıç Tarihi itibarıyla iptal edilir ve ödenen primler kesintisiz Sigortalı'ya iade edilir.

Sigortacı'nın onayladığı ve 30 günü aşan taleplerde Poliçe Başlangıç Tarihi'nden itibaren geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanır. İptal nedeniyle Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iade edilecek tutar ödenen tazminat dikkate alınarak gün üzerinden hesaplanır.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ ÖZEL ŞARTLAR

Sigortalı'ya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı tahsil ettiği primlerden almaya hak kazandığı primleri düşerek kalan primleri Sigortalı'ya iade eder. Sigortalı'ya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını aşmıyor ancak Sigortacı'nın tahsil ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı ilgili tazminat tutarını tahsil ettiği prim tutarından düşerek kalan primi Sigortalı ya iade eder.

Sigortalı'ya ödenen tazminat tutarı, hem Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını hem de Sigortalı'nın ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesiz iptal yapılır. Riziko gerçekleştiğinde primlerin henüz vadesi gelmemiş dahi olsa Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat tutarı kadar olan kısmı, muaccel hale gelir.

Sigorta Ettiren, kesin vadeleri ve tutarları Poliçe üzerinde belirtilen primlerinden herhangi birini vade bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim borcunun zamanında ödenmemesi durumunda Türk Ticaret Kanunu Madde 1434 hükümleri uygulanır

Sigortacı'nın Sigortalı/Sigorta Ettiren'in kötü niyetli hareketlerini tespit ettiği durumlarda (Sigortalı olmayan kişilerin sigorta teminatlarından yararlandırılması ve sağlık giderlerinin diğer Sigortalılar adına düzenletilmesi, Sigortalı'nın bildiği ve/veya belirtilerinin sigorta başlangıç tarihinden önce başladığı halde Sigortacı'ya beyan etmediği mevcut beyansız rahatsızlıkların tespiti vb.) Sigortacı ödemiş olduğu sağlık giderlerini alma ve/veya Poliçe'yi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir.

13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Vefat Durumu

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı'nın vefatı durumunda ise Sigortacı aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar. Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda; Sigorta Ettiren ile Poliçe'de yer alan Sigortalı/Sigortalıların farklı olması ve Sigortalıların Sigorta Ettiren'i değiştirerek Poliçe'yi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda Sigorta Ettiren değiştirilerek Poliçe'ye devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçe'de, Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda Poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır

Birden fazla kişinin Sigortalı olduğu Poliçelerde, Sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden Sigortalı'nın Poliçe'den vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi Poliçe'deki Sigorta Ettiren'e yapılır.

MADDE 14. SAGMER (SİGORTA GÖZETİM MERKEZİ) BİLGİLENDİRME

İşbu Sigorta Poliçesi'ndeki Sigortalılara ait Poliçe ve sağlık bilgileri SAGMER'e (Sigorta Gözetim Merkezi) transfer edilecek olup, SAGMER ve diğer kamu kuruluşlarından Sigortalıların Poliçe ve sağlık bilgileri temin edilebilecektir.

3S SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ GENEL ŞARTLAR

Türkiye Sigorta Birliğinin yayınlamış olduğu sağlık sigortası genel şartlarına [buradan ulaşabilirsiniz.](#)