

ACİL VAKALAR SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

Bu özel şartlar 01.02.2013 tarihi itibarıyla tanzim edilmiş Acil Vakalar Sağlık Sigortası bulunan Sigortalılar için geçerlidir.

MAPFRE SİGORTA A.Ş. (Bundan sonra Sigortacı olarak adlandırılacaktır.) ve Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın üzerinde mutabık kaldığı şartlar doğrultusunda hazırlanan Sigorta Poliçesi, Telemarketing yöntemi ile telefonla yapılan satışlar dışında Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın doldurup imzaladığı ve Sigortacı'nın kabul ettiği Başvuru Formu ile poliçenin ayrılmaz parçaları olan Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şartları, Sertifika, Anlaşmalı Kuruluş Kitapçığı ve varsa Ek Protokol'den meydana gelmektedir.

Sigorta Poliçesi'nin geçerli olduğu süre içerisinde yapılacak tüm değişiklik ve ilaveler yazılı olarak talep edilmesi ve karşılıklı olarak üzerinde mutabık kalınması durumunda geçerlidir.

MADDE 1 - SİGORTANIN KONUSU

Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ek olarak; Sigortalı'nın bir hastalık ve/ veya kaza halinde, Sağlık Bakanlığınca ruhsat verilmiş her tür özel veya resmi sağlık kuruluşunda Madde 2.2'de belirtilen Acil Durum tedavileri ile ilgili hayati tehlikeyi atlama için gerekli olan tedavi giderleri sertifikada belirtilen teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda Özel ve Genel Şartlar'a uygun olarak karşılanır.

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

MADDE 2 - TEMİNATLAR

1. KAPSAM

Sigortalı için Teminat Kapsamı, Sigorta Sözleşmesi ve teminat tablosunda belirtilmiştir.

Sigorta Sözleşmesi, Sigortalı'ya verilen teminatların kapsamını, her hizmet ya da teminat düzeyinde tazminatın temelin, sınıfını, limitlerini, teminat yüzdesini, Sigortacı'nın katılım payını, özel istisnaları ve uygulanabilecek bütün Özel Şartları, sağlık hizmetlerinin türünü, Anlaşmalı Kuruluşları ve Teminat Bölgesi'ni belirtir.

Sigortalı'nın kabul edilebilir tazminatlarının bu Sigorta Sözleşmesi yürürlükteyken gerçekleşmiş olması gerekir. Bu Sigorta Sözleşmesi yürürlükteyken başlayan ve kesintisiz olarak Sigorta Sözleşmesi'nin Bitiş Tarihi'ne kadar süren hastane tedavi masrafları Sigortalı'nın teminat ve limitleri dahilinde ödenir. Sigorta süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşme yapılmaması durumunda, Sigorta Sözleşmesi'nin Bitiş Tarihi'nde tedavisi devam eden Sigortalı'ların tedavi giderleri bitiş tarihi itibarıyla 10. güne kadar teminat altındadır.

Sigorta Sözleşmesi'nin iptali veya Sigortalı'nın Sigorta Sözleşmesi'nden çıkışı halinde iptal, çıkış tarihinden sonraki hastane tedavi masrafları karşılanmaz.

2. TEMİNAT KAPSAMINA DAHİL DURUMLAR

Aşağıda listesi verilmiş olan durumlar ve hastalıklar Acil Vaka'lar olarak nitelendirilir.

MAPFRE SİGORTA A.Ş.'den onaylanan Acil Vaka kapsamındaki durumlar sertifikada belirtilen katılım oranında, MAPFRE SİGORTA A.Ş. tarafından belirlenen teminat limitleri esas alınarak ödenecektir.

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

ACİL VAKALAR SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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. Tecavüz
4. Terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklanma, kavga v.b. (Kendisinin olayın hazırlayıcısı ya da tarafı olmadığı, kazaen maruz kaldığı durumlarda geçerlidir.)
5. 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.
6. 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.
7. Elektrik çarpması: Yanık, organ hasarı yapabilecek ya da kalp ritmini bozabilecek derecede ciddi elektrik çarpmaları.
8. Donma, soğuk çarpması: Hayati fonksiyonları etkileyecek, şoka götürebilecek, uzuvlarda kangren yapabilecek derecede soğuğa maruz kalınması.
9. Isı çarpması: Kalp ritmini, tansiyonu ya da bilinç durumunu etkileyecek derecede güneş etkisinde ya da sıcak ortamda kalma durumları.
10. 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.
11. Ciddi göz yaralanmaları: Gözde hasara yol açabilecek ciddiyette kesici, delici alet yaralanması, kunt travma ya da kimyasal madde teması.
12. 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.
13. Anafilaktik Şok: Kalp ritminde bozulmaya, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları.
14. Travma sonucu omurga ve alt-üst ekstremiteler kırıkları: Her türlü kırık, çıkık, burkulma ve alçı giderleri, dikiş atılması.
15. 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.
16. Akut solunum problemleri: Ciddi solunum yetersizliğine yol açabilecek suda boğulma, yabancı cisim yutma, alerjik reaksiyon, solunum yolu yanıkları.
17. Şuur kaybına neden olan her türlü organik kusur: Kişinin bilinç durumunda bozulmaya yol açabilecek bayılma, kalp travması gibi durumlar.
18. Ani felçler: Beyin kanaması, omurga yaralanması vb. nedenlerle kişinin uzuvlarının ya da tüm vücudunun hareket kabiliyetini ya da hissetme kabiliyetini yitirmesi.
19. Ciddi genel durum bozukluğu: Besin yetersizliği, yetersiz bakım, uzun süren ağır hastalık vb. nedenlerle kişinin sağlığının genel anlamda tehlikeli olabilecek derecede bozulması.
20. Yüksek ateş (39,5 üzeri): Zehirlenme, enfeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konviziye (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede yükselmesi. Ortalama 39,5°C ve üzeridir.
21. Diyabetik ve üremik koma: Diyabet (şeker hastalığı) ve bölerek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar.
22. Genel durum bozukluğunun eşlik ettiği diyaliz hastalığı:
23. 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. gibi acil cerrahi müdahale gerektiren, karın içi organlarla ilgili hastalıkların ortaya çıkması.
24. Akut masif kanamalar: Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar.
25. Menenjit, ensefalit, beyin apsesi: Sinir sistemi fonksiyonları dolayısıyla da yaşamsal fonksiyonları etkileyebilecek bilinç durumunda değişikliklere yol açabilecek beyin ve beyni çevreleyen zarla ilgili iltihabi, enfektif hastalıklar.
26. Renal kolik: Böbrek taşlarının yol açtığı, ilerlemesi durumunda idrar yolu ya da böbrek hasarına yol açabilecek şiddetli ağrı oluşturan durum.

3. TEMİNAT TANIMLAMALARI

ACİL VAKALAR SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

a. Acil Cerrahi Yatış Teminatı

Acil durum nedeniyle cerrahi müdahale ve/veya yatış gerektiren durumlarda, cerrahi müdahale ve/veya yatışa ilişkin ameliyathane, operatör, narkozitör, asistan, narkoz, ilaç ve sarf malzemeleri giderleri poliçede yazılı limit ve katılım oranı dahilinde vaka başına ödenir.

Sigortalı'nın Akut Miyokard Enfaktüsü (AMI) geçirmesi durumunda hastanede müdahale, anjiyografi, PTCA, By-Pass vb. tüm müdahale giderleri tek bir vaka olarak kabul edilir. Sigortalı'nın durumunun stabil hale gelmesi sonrasında devam eden ve/veya planlanan tedavi giderleri poliçe kapsamında değerlendirilmez.

b. Acil Dahili Yatış Teminatı

Acil durum nedeniyle ameliyatsız yatışlara ve/veya Sigortalı'nın yatmasını gerektirmeyen cerrahi ve ortopedik müdahalelere ait konsültasyon ve doktor ücreti, kan ve kan plazması dahil gerekli malzeme, oksijen, anestezi, alçı ve dikiş uygulaması, kullanılması doktorca gerekli görülen standart korse ve ortopedik destekleyiciler, bandaj, sargı, pansuman, enjeksiyon vb. giderleri, elektrokardiyografiler, röntgen, MR, tüm diagnostik laboratuvar testleri ve hasta bakım hizmetleri giderleri poliçede yazılı limit ve katılım oranı dahilinde vaka başına ödenir.

c. Oda Yemek Teminatı

Acil durum nedeni ile Sigortalı'nın hastanede yattığı her tam gün için oda-yemek (standart tek yataklı oda ücreti ile sınırlıdır) ve hemşirelik hizmetlerine ait giderler poliçede yazılı limit ve katılım oranı dahilinde günlük olarak ödenir.

d. Yoğun Bakım Teminatı

Acil durum nedeni ile Sigortalı'nın hastanede yoğun bakım ünitesinde geçirdiği her tam gün için yoğun bakım hizmetlerine ait giderler poliçede yazılı limit ve katılım oranı dahilinde günlük olarak ödenir.

e. Ambulans Teminatı

Sigortalı'nın T.C. sınırları içerisinde teminat kapsamındaki bir hastalık veya kaza nedeniyle bulunduğu yerden yerel ruhsatlı bir kara ambulansı ile en yakın tam teşekküllü hastaneye, hastaneden eve veya Sigortalı'yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve MAPFRE SİGORTA A.Ş.'den onaylanması halinde; bulunduğu il ve hastaneden tedavinin gerçekleştirilebileceği, tam teşekküllü en yakın hastaneye, kara ambulansı ile taşınması için yapılan masraflar sertifikada belirtilen ilgili teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

MADDE 3 - SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTAYA KABUL

Sigorta süresi azami 1 yıldır ve poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında yürürlükte kalır. Sigorta teminatları başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilip poliçenin düzenlenmesi ve peşinatın ödenmesi ile yürürlüğe girer.

Bu sigorta, 14 günden büyük bebekler ve 66 yaşından (65 yaşa kadar) küçük kişileri sigorta teminatı altına alır. Sigorta Ettiren'in 18 yaşından büyük olması şarttır.

0-18 yaş arası çocuklar ise aile kapsamında ve/veya kanunen bakmakla yükümlü en az bir kişi ile 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.

T.C. sınırları dahilinde ikamet edenler sigortaya kabul edilir. İş bu poliçe sadece T.C. sınırları içinde geçerlidir.

MADDE 4 - BAŞVURULAR

ACİL VAKALAR SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

Sigorta Ettiren/Sigortalı adaylarının ilk ve sonradan yapacakları bütün başvuruların, Sigortacı tarafından temin edilen başvuru formları ile yapılması, Sigortalanacak kişilerle ilgili beyan kısımlarının eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerekir. Sigorta Poliçesi için yapılacak her türlü başvuru ve/veya değişiklik taleplerinin Sigortalı tarafından yazılı ve ıslak imzalı olarak istenmesi şarttır.

Sigortalı, her poliçe yinleme döneminde yeni bir başvuru formu doldurarak Sigortacı'ya başvuruda ve beyanda bulunmalıdır.

Sigortacı, Sigortalı'nın sağlık riskini değerlendirmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık durumu ve/veya yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacı'nın başvuruyu reddetme, şartlı kabuller (limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak kabul etme hakkı saklıdır. Sigortacı, başvuru formunun doldurulması sırasında ilk prime mahsup edilmek üzere alınan primi (kaporayı) başvuruyu herhangi bir sebep ile poliçeleştirmemesi durumunda Sigorta Ettiren'e iade eder.

Telemarketing yöntemi ile telefonda yapılan satışlarda başvuru formu alınmamaktadır.

MADDE 5 - PRİMLER

POLİÇE PRİM HESABI

Sigortalı adayının primleri; Sigortacı'nın Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca sigortalı portföyünün sağlık risklerine, seçilen plan, teminat, yaş, cinsiyeti ile sağlık enflasyonu dikkate alınarak oluşturulmuş geçerli primler üzerinden yıllık olarak hesaplanır.

Sigorta başlangıç tarihinden sonra aile kapsamına eş, çocuk eklemesi durumunda Sigortacı'nın ilgili talebi kabul etmeme hakkı saklı kalmak kaydıyla eklenecek sigortalı adayının primi poliçe primi üzerinden gün esasına göre hesaplanarak işleme alınır. Poliçe kapsamındaki Sigortalıların primleri ve vadeleri poliçe ön yüzünde; teminatları, limit, katılım vb. plan bilgileri sertifika tablosunda belirtilir.

Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır.

AİLE İNDİRİMİ

Bireysel poliçelerde, poliçe dahilinde anne, baba ve çocuklardan oluşan kişi sayısının 2 veya daha üstü olması halinde aile indirimi uygulanır, bu indirim her poliçe dönemi için Sigortacı tarafından belirlenip poliçe net primine uygulanır.

MADDE 6 - SİGORTA ETTİRENİN SORUMLULUĞU

Poliçenin 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. Telemarketing yöntemi ile telefonda yapılan satışlarda başvuru formu doldurulmamaktadır.

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 kabulle (kapsam dışı, ek prim vb.) teminat kapsamına alma hakkına sahiptir.

MADDE 7 - PRİM ÖDEMELERİ

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 peşin ve/veya taksitli olarak yapabilir.

ACİL VAKALAR SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

Police üzerinde yazılı primlerin ilgili vadelerde ödenmesi yükümlülüğü Sigorta Ettiren veya varsa Sigortalıya aittir.

- Kredi Kartı ile Ödeme: Telemarketing yöntemi ile telefonda yapılan satışlar dışında Sigortalı, başvuru formunda belirtmiş olduğu ödeme planı bilgilerini tam ve eksiksiz doldurmakla yükümlüdür. Police üzerindeki primler, ilgili vadelerde kredi kartından tahsil edilir. Tahsilatın yapılamaması durumunda Genel Şartlar Madde 8'e ek madde hükümleri uygulanır.

MADDE 8 - GENEL LİMİTLER

Teminat Bölgesi: Sigorta poliçesi ekinde verilen Sertifika'da belirtilen bölgelerde sağlanan sağlık hizmetleri ve bunlara ait masraflar, belirtilen limitler dahilinde teminat altındadır.

Yıllık Toplam Limit: Sigorta poliçesi ekinde verilen Sertifika'da, Teminat Bölgesi'ne hastalık başına ve/veya teminata göre değişebilen limitler belirtilmiş olup, bu limitler üzerinden ilgili teminata ait varsa katılım payı düşülerek işlem yapılmaktadır.

Yineleme Başvurusu için Gün Limiti: Sigorta Ettiren/Sigortalı, poliçesini bitiş tarihinden itibaren 30 gün içerisinde yinelemek için Sigortacı'ya başvurmalıdır.

Police Bitiş Tarihinden Sonra Devam Eden Yatış Limiti: Sigorta poliçesi yürürlükteyken başlayan ve kesintisiz olarak Sigorta poliçesinin Bitiş Tarihi'nden sonraki bir tarihe kadar süren hastane tedavilerinin masrafları, Sigorta süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşme yapılmaması durumunda, Sigorta poliçesinin Bitiş Tarihi'nden itibaren 10. güne kadar teminat altındadır.

MADDE 9 - POLİÇE YİNELEMELERİ

Mevcut poliçenin bitiş tarihinden 30 gün önce veya 30 gün sonrasına kadar yeni sözleşme (poliçe) için Sigortacı'ya başvurabilir. Sigortacı'nın yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan risklerinin teminat altına alınmaması, Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca şartlı kabuller ile (limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) teminat altına alınması ve yineleme haklarının geçerliliğinin kaldırılması hakları saklıdır.

Sigortacı'nın belirlediği önceki poliçenin bitiş tarihinden itibaren yeni sözleşme şartları üzerinden düzenlenen poliçenin Sigortalı'ya gönderimini takip eden Sigortacı yeni poliçeyi yaparken Sigortalı'dan sağlık bildirimi, ek tetkikler isteme, gerekli gördüğünde doktor muayenesi isteme, teminatlarda kısıtlama ve/veya şartlı kabullerde (limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) bulunma hakkı vardır. Sigortacı'nın yeni sözleşmede geçerli olacak bir önceki dönemde ve/veya süregelen rahatsızlıkları için şartlı kabullerde bulunması durumunda poliçe yenilendiği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece bu şartlı kabuller geçerli olacaktır.

Sigortalı'nın yineleme sırasında Hastalık Sigortası Genel Şartları Madde 6 ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1290. maddesinde düzenlenen beyan yükümlülüğüne uyması şarttır.

MADDE 10 - İPTALLER

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

Sigortacı'nın onayladığı ve 30 günü aşan taleplerde poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanır. İptal nedeniyle Sigortalı /Sigorta Ettiren'e iade edilecek tutar ödenen tazminat dikkate alınarak hesaplanır.

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.

ACİL VAKALAR SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

Sigortalı'ya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını aşıyor 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 aşıyorsa 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 Hastalık Sigortası Genel Şartları Madde 8 ve ek madde hükümleri uygulanır.

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

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı'nın vefatı durumunda ise Sigortacı aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar.

Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren ile poliçede yer alan Sigortalı/Sigortalı'ların farklı olması ve Sigortalı'ların Sigorta Ettiren'i değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumun Sigorta Ettiren değiştirilerek poliçeye devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

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

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

MADDE 11 - 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. Madde 2 Teminatlar bölümünde, Teminat Kapsamına Dâhil Durumlar bölümünde belirtilen, acil durumlar dışındaki tüm durumlar ve bunların neticesi, devamlılık arz eden halleri,
2. Sigortacı tarafından onaylanmayan acil durumlar, özel hemşirelik giderleri ve ambulans giderleri,
3. Sigortacı tarafından onaylanmış acil durumlar sonrası Sigortalı'nın durumunun stabil hale getirilmesinden sonra süregelen tedavi giderleri,
4. Sigortacılık mevzuatı ile Sağlık Sigortası Genel Şartları'na aykırı düşen tüm haller.
5. Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan ve/veya beyan edilmeyen mevcut rahatsızlık/hastalıklar ve bu hastalıkların nüks ve komplikasyonları dâhil (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun olmasın) her türlü sağlık gideri,
6. Tıp Doktoru olmayan kişiler veya Sağlık Bakanlığı çalışma ruhsatı bulunmayan merkezlerce yapılmış ve/veya istenmiş olan tanı amaçlı inceleme, tedavi ve muayene giderleri, reçete edilmiş tüm ilaç ve malzemeler,
7. Tanımlamalar kısmında belirtilen gereksiz yatarak tedavi işlemleri ve belirli bir şikâyet ve/veya hastalığa bağlı olmayan, şikâyetle ilgisiz yapılan tanı ve tedaviler ile ilgili harcamalar, (check-up, rutin kontrol vb.)
8. Refakatçi giderleri,
9. İntihar veya intihara teşebbüs (hangi akıl ve ruh hali ile olursa olsun),
10. Psikiyatrik tedavi gerektiren ruh hastalıkları ve psikolojik rahatsızlıklar, her türlü psikoterapiler,

ACİL VAKALAR SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

11. Ehliyetsiz araç kullanımı, alkolizm, alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halusinojen ve diğer madde bağımlılığı ve bu maddelerin kullanımı sonrası oluşabilecek her türlü rahatsızlık ve oluşan kazalara ait giderler,
12. Profesyonel, amatör veya hobi amaçlı olsun olmasın tüm tehlikeli spor faaliyetleri ve/veya bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetlerden doğan ve 3.000 TL ve toplam teminat limitini aşmamak kaydıyla (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütcülük, parapant, delta kanatla uçuş, ata binme, kayak yapma, ulaşım amaçlı olsa dahi motorsiklet kullanma vb.),
13. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş, ileri yaşta ortaya çıksa dahi doğumsal rahatsızlıklar (konjenital) anomali ve hastalıklar, genetik hastalıklar, her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkik, tedavi ve komplikasyonlar,
14. Yaşlılıktan ileri gelen bunama ile Alzheimer, Parkinson, Sara (Epilepsi) ve bu rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan Antipsikotik, Anksiyolitik, Antikonvülzan ve tüm Psikotrop ilaçlar,
15. İlaç olarak kabul edilmeyen malzemeler, Tarım Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış her türlü madde ve kimyasallar, resmi ithal edilmemiş tüm ilaçlar, vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacıyla kullanılan vitamin mineral kombinasyonları ve/veya beslenme düzenleyici preparatlar,
16. HIV virüsü - AIDS ve bunlarla ilgili tüm tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
17. Acil dahi olsa her türlü organ nakli ve ilgili masraflar,
18. Resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar ve kötü niyetle başlatılmış salgın hastalıklar,
19. Poliçe'nin geçerlilik süresinde adli bir kaza sonucu meydana gelmedikçe; plastik ve rekonstrüktif cerrahi, işitme kusuru cerrahisi, diş - diş eti, kırılma kusuru ve tüm bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri (kaza sonucu oluşsa dahi implant, değerli metal masrafları),
20. Taburcu olma işlemini takiben aynı rahatsızlığa ait acil tıbbi durum tanımına ve kapsamına girmeyen her türlü tetkik, kontrol, ilaç, nöks, komplikasyon ve tedavinin devamı niteliğindeki işlemlere ait masraflar ve yatış ile ilgili giderler,
21. Poliçe başlangıcından itibaren ilk 24 saat içerisinde oluşan, teminat kapsamındaki acil durum nedeniyle olsa dahi her türlü tazminat talebi teminat dışıdır.
22. Gözlük-lens, lens solüsyonu, kırılma kusuru cerrahisi,
23. Sigorta sözleşmesinin geçerlilik süresinde meydana gelen bir kaza nedeniyle ortaya çıkan bir kusurun ilk hastane yatışı esnasında düzeltilmesine yönelik olanların dışındaki tüm estetik ve plastik cerrahi işlemleri,
24. Telefon, TV, kafeterya, idari hizmet, paramedikal hizmet ve servis ücreti gibi tedavi için gerekli olmayan sair giderler,
25. Yurt dışında gerçekleşen her türlü tedavi giderleri,
26. Suni uzuv kapsam dışı, her türlü harici protezler ve destek protezleri tekerlekli sandalye, işitme cihazı, koklear implant, baston, bileklik, topuk, askılık, buz kesesi, su torbası, vücuda dışardan takılan cihazlar,
27. Sigortalı'nın 1. derece akrabaları tarafından kesilen faturalar,
28. Şampuanlar, cilt kremleri, sabunları ve benzeri kozmetikler, diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları,
29. Hamilelik, düşük, normal ve sezeryan doğum ve/veya bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyon ile ilgili masraflar,
30. Sağlık Bakanlığı ruhsatı olmaksızın çalışan merkezlerde yapılan tedaviler; bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) kurumu tarafından deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedavilerle ilgili tüm giderler, TTBAUT (Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi)'nde karşılığı olmayan işlem/tedaviler.

MADDE 12 - SAĞLIK TAZMİNAT ÖDEMELERİ

Anlaşmalı Kurumlarda yapılmış giderler dışında anlaşmasız kurumlarda Sigortalı tarafından yapılmış olan sağlık giderlerini gösterir fatura asıllarının Sigortacı'ya ulaştırılması karşılığında ödenir.

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

Madde 2'de belirtilen acil durumlar teminat kapsamındaki anlaşmasız kurumda yapılan ödemelerin yapılabilmesi için Medikal İşlem Merkezi'nin onayı ve aşağıdaki belgelerin Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir.

1. Dökümlü hastane faturaları, yatış nedenini gösterir rapor,
2. Cerrahi girişimlerde ayrıntılı ameliyat raporu (parça alınmışsa patoloji sonuç raporu dahil),

ACİL VAKALAR SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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 laparoskopik/artroskopik/endoskopik ameliyat kasetleri.

MADDE 13 - TANIMLAMALAR

Sigorta poliçesi kapsamında kullanılan tanımlamalara ilişkin açıklamalar ektedir.

ACİL DURUM: Ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısıyla geciktirilmesi mümkün olmayacak tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, önemli bir tıbbi sorun olduğuna dair haklı bir tıbbi görüşe yol açan ve daha sonra hastaneye yatırılın veya yatırılmasın, bir hastanenin acil servisinde hizmet almayı gerektiren sağlık durumu. İş bu poliçede acil durumlar olarak kabul edilecek sağlık durumları; Medikal İşlem Merkezi'nce onaylanmış ve madde 2 teminatlar bölümünde de belirtilmiş durumlardır.

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 kurumlarca belgelendirilir.

ANLAŞMALI KURULUŞ: Sigortacı'nın, poliçe şartlarına uygun olarak, Sigortalı'nın sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması için anlaştığı, poliçe ekindeki Anlaşmalı Kuruluş listesindeki hastane, klinik, laboratuvar, teşhis ve tedavi merkezi, eczane ve doktorlardır. Sertifikada Anlaşmalı Kuruluşlarda geçerli olan limit ve teminat yüzdesi tanımlanmıştır. Bu liste sürekli güncellenmektedir. Bu liste sürekli güncellenmektedir. Bu liste sürekli güncellenmektedir. Bu liste sürekli güncellenmektedir.

ANLAŞMALI KURULUŞ TİPİ: Poliçe ekinde verilmiş olan Anlaşmalı Kuruluş listesinde her kuruluş için belirlenmiş kategoriye (A ve B Network Tipi'ni) belirtir. Seçilen planın geçerli olduğu ve sertifikada belirtilen Anlaşmalı Kuruluş tipinin geçerli olduğu kurumlar dışındaki kurumlar MAPFRE Anlaşmalı Kurumları olsalar dahi ilgili poliçe için anlaşmasız kurum işlemi görür.

Anlaşmalı Kuruluş listesinde yer alan tüm kurumlar MAPFRE SİGORTA A.Ş.'nin Genel Network'ünü oluşturur.

ANLAŞMALI KURULUŞ LİSTESİ: Sigorta Şirketi'nin özel anlaşmalar çerçevesinde, Sigortalı'ya ücretsiz ve/veya ücretli yararlanma hizmetini, poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde hizmet veren sağlık kuruluşlarını tanıttığı liste. Bu liste Sigorta Şirketi'nce güncellenir ve tüm poliçeler için güncellenen son liste esas alınır.

ANLAŞMASIZ KURULUŞ: Sigorta Şirketi ile sözleşmesi olmayan hastane, klinik, laboratuvar, teşhis ve tedavi merkezi, eczane ve doktorlardır. Anlaşmalı bir hastanede çalışan ancak kendi ücretleri üzerinden fatura kesen Doktorların, Sigortacı ile özel anlaşması yoksa bu doktorlara ait faturalar, anlaşmasız kuruma ait fatura olarak değerlendirilir.

BAŞLANGIÇ TARİHİ: Poliçenin ilk kez veya varsa müteakip her yinelenmesinde yürürlüğe girdiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl.

BEYAN EDİLMEMİŞ ÖNCEDEN VAROLAN SAĞLIK PROBLEMİ: Bu poliçe için yapılan başvuru sırasında veya öncesinde, varolan ve bilinen herhangi bir şikayet, belirti veya hastalığın başvuru formunda Sigortacı'ya beyan edilmemesi.

BİTİŞ TARİHİ: Bu Poliçenin süresinin bittiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl. İş bu tarihten sonra yapılacak tüm harcamalar nedenine bakılmaksızın teminat dışı tutulmuştur. Ancak hastanede tedavi görmekte olan bir Sigortalı'nın poliçe bitiş tarihinden itibaren hastaneden hiç çıkmamış olması şartıyla 10 güne kadar masrafları karşılanır.

ÇIKARMA TARİHİ: Birden fazla kişinin Sigortalı olarak teminat kapsamında olduğu bir poliçeden, Sigorta Ettiren'in talebi sonucunda ve/veya Sigortalı'nın Sigortalanacak Kişiler tanımında belirtilen duruma uygun olmaması halinde Sigortalı'nın Sigortacı tarafından diğer Sigortalılar için devam eden poliçeden

ACİL VAKALAR SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

çıkarıldığı gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl. Sigortalı'nın cayma ve fesih nedeniyle çıkarılması halinde Genel Şartlar madde 8'de belirtilen hususlar ve süreler uygulanır.

DOKTOR: T.C.Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş, sağlık hizmetinin verildiği teminat bölgesinde geçerli olan yasalar çerçevesinde resmi olarak tıp doktoru ünvanı ve belgesi verilmiş olan kişi.

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

GEREKSİZ TEDAVİ İŞLEMLERİ: Sigortalı'nın sağlığını tehlikeye sokmaksızın hastaneye yatırılmadan da yürütülebileceği tarafsız bir Doktor tarafından da kabul edilen tedaviler, incelemeler ve işlemlerin hastaneye yatırılarak yapılması.

HASTALIK/TEMİNAT BAŞINA YILLIK TOPLAM LİMİT: Sigortalı'nın bu poliçe şartları dahilinde hastalık ve/veya teminat başına belirleyeceği ve Sigortalı'nın sertifikasında belirtilmiş özel ve genel şartlara uygun olarak kullanabileceği sağlık harcamalarının yıllık azami tutarı.

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, huzur evleri vb. ile madde (uyuşturucu, alkol) bağımlılığı konularında uzman olan kuruluşlar hastane kapsamına girmez.

HASTANEYE YATIŞ: Hastane dışında tedavi edilmesi mümkün olmayan ve bu Sigorta Poliçesi'nin Teminat Kapsamı'ndaki herhangi bir durum nedeniyle en az 24 saat hastanede yatılmasını gerektiren durum.

İPTAL TARİHİ: Sigorta Ettiren'in yazılı olarak talep etmesi veya Sigortalı tarafından Genel Şartlar'da belirtilen hususlardan dolayı cayma veya fesih nedeniyle poliçenin iptal edildiği gün (Türkiye saati ile saat 00:01), ay ve yıl.

KABUL EDİLEBİLİR TAZMİNAT: Sigortalı'nın Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Sigorta Poliçesi'nin Özel Şartları (madde 2'de belirtilen Acil Durumlar) kapsamında yer alan sağlık harcamalarının teminat limit ve yüzdesi dikkate alınarak belirlenen ve Sigortalı tarafından onaylanıp, ödenecek olan kısmı.

KAYIT TARİHİ: Sigortalı'nın Sigorta Poliçesi ile Teminat altına alındığı veya yinleme tanımında belirtilen koşullarda tekrarladığı ilk Sözleşme ile Teminat altına alındığı gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl.

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

KONJENİTAL HASTALIK: Doğumdan itibaren varolan bedensel ve/veya metabolik kusurlar ve/veya bozukluklar.

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

KÜÇÜK MÜDAHALE TEMİNATI: Bu teminat T.T.B'nin yayınladığı Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen ve 149 birime kadar (149 birim dahil) olan küçük müdahaleleri ve müşahadeleri kapsar.

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 şartlar.

PERSONEL: Tüzel kişiliğe sahip bir iş yerinde, sürekli ve tam gün esasına göre (haftada en az 35 saat) fiili olarak çalışan, sigortalanabilecek şartlara uygun olan kişi.

RİZİKO EK PRİMİ: Bu poliçe ekinde verilen poliçede belirtilen ve sadece ilgili Sigortalı için uygulanacak olan ilave prim uygulamasıdır. Uygulanan ek primler ilgili sigortalı sertifikasında sebebi ve oranı ile beraber belirtilir.

ACİL VAKALAR SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

SERTİFİKA: Sigorta Ettiren'in başvuru formunda seçmiş ve Sigortacı ile üzerinde mutabık kalmış oldukları yurt içi ve yurt dışı teminatlar grubunu, Anlaşmalı Kurum tipini, katılım oranlarını, varsa teminat limitlerini, varsa muafiyet tutarlarını gösteren ve poliçenin ayrılmaz eki olan tablo.

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

SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI KATILIM PAYI: Sigorta Poliçesi ekinde verilen sertifikada belirtildiği oranda Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın Kabul Edilebilir Harcamalar'ından üstleneceği katılım yüzdesi.

SİGORTACI KATILIM PAYI: Sigorta Poliçesi ekinde verilen sertifikada belirtildiği oranda Sigortacı'nın Kabul Edilebilir Harcamalar'dan ödeyeceği katılım yüzdesi.

SİGORTA POLİÇESİ: Sigortacı tarafından özel bir format çerçevesinde düzenlenmiş olup, poliçesine ilişkin vade, özel ve genel şartlar, limitler, istisnalar gibi hususlar ile uygulama bilgileri ve ödeme koşullarını içeren; eğer koşullar gerçekleşmişse teminatların belirlenen limitler dahilinde ödenmesini garanti altına alan, şirket kaşe ve yetkili imzalarını taşıyan sigorta sertifikaları dahil belgelerin tümüdür.

SİGORTACI: Sigorta Poliçesi'nin tanzim edildiği ülkede tescil edilip işletme ruhsatı almış Sigorta Şirketi. İş bu poliçede Sigortacı sıfatı MAPFRE SİGORTA A.Ş. için kullanılmıştır.

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.

SİGORTALI: Sigorta Ettiren'in ve Sigortalananacak Kişiler'in sağlık sigortası başvurusunda belirtilen veya sonradan ilave edilen ve Sigortacı tarafından kabul edilip, poliçede veya sonradan yapılan zeyilname ile poliçe kapsamına alınan kişi ve/veya kişiler.

SİGORTALIYA ÖZEL İSTİSNALAR: Sigorta Poliçesi'nde sigortacı tarafından uygulanması karara bağlanmış Sigortalı'ya özel şartlı kabuller (ek prim, istisna, katılım vb.) ilgili Sigortalı için uygulanacak olan istisnalar. Sigorta Poliçesi ekinde verilen sertifika üzerinde belirtilir.

STANDART İSTİSNALAR: Bütün teminatlar ve Sigortalılar için geçerli olan ve özel şartlarda belirtilmiş genel istisnalar.

TARAFSIZ DOKTOR: Objektif tıp kurallarına göre karar veren ve görüş bildiren Tıp Doktoru'dur.

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

YILLIK TOPLAM LİMİT: Sigortacı'nın bu Sigorta Poliçesi'nin şartları içerisinde istisna, bekleme süresi, limit ve muafiyet dışında üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamı. Sigortalı'nın yıllık olarak belirtilen teminatından, Sigorta Poliçesi dönemi süresince kullanabileceği azami gider toplamı.

YİNELEME: 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 ettirilmesi.

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

ACİL VAKALAR SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLAR

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