

# FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

## MADDE 1 - SİGORTANIN KONUSU

Sağlık Sigortası Genel Şartları'na ek olarak sigortalının bir hastalık ve/veya kaza hâlinde, gerekli olan tedavi giderleri poliçede belirtilen teminat, limit, özel ve genel şartlar dâhilinde karşılanır. Sigorta teminatı sadece sigorta poliçesinde yer alan kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler teminattan yararlanamazlar. İşbu sigorta teminatından sadece Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümlerine göre, sağlık hizmetlerinden yararlanan kişiler faydalanabilir.

## MADDE 2 - TANIMLAMALAR

Sigorta poliçesi kapsamında kullanılan tanımlamalara ilişkin açıklamalar aşağıdadır.

**ANLAŞMALI KURULUŞ:** Sigorta şirketinin özel anlaşmalar çerçevesinde, sigortalıya ücretsiz ve/veya ücretli yararlanma hizmetini sunduğu, poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde hizmet veren sağlık kuruluşlarıdır.

**ANLAŞMALI KURULUŞ LİSTESİ** Sigorta şirketinin özel anlaşmalar çerçevesinde, sigortalıya ücretsiz ve/veya ücretli yararlanma hizmetini, poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde hizmet veren sağlık kuruluşlarını tanıttığı listedir. Bu liste, sigorta şirketince güncelleştirilir ve tüm poliçeler için güncellenen son hâli esas alınır.

**ANLAŞMASIZ KURULUŞ:** Sigorta şirketi ile sözleşmesi olmayan sağlık kurumlarıdır.

**AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI:** Bu poliçenin kapsamı dâhilinde olan, hastaneye yatırılmayı veya hastanede tedavi edilmeyi, gözlem altında tutulmayı gerektirmeyen durumlardaki hizmetleri kapsayan teminatlardır

**BAŞLANGIÇ TARİHİ:** Poliçenin ilk kez veya varsa müteakip her yinelenmesinde yürürlüğe girdiği gün, ay ve yıldır. (Türkiye saati ile öğlen saat 12.00)

**BEKLEME SÜRESİ:** Sigortacının sigortalı adayının sağlık durumuna göre uyguladığı, belirli tıbbi durumların teminat altında olmadığı süredir

**BİTİŞ TARİHİ:** Bu poliçenin süresinin bittiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12.00), ay ve yıldır. İşbu tarihten sonra yapılacak tüm harcamalar nedenine bakılmaksızın teminat dışı tutulmuştur.

**ÇIKARMA TARİHİ:** Birden fazla kişinin sigortalı olarak teminat kapsamında olduğu bir poliçeden, sigorta ettirenin talebi sonucunda ve/veya sigortalının sigortalanacak kişiler tanımında belirtilen duruma uygun olmaması hâlinde; sigortalının sigortacı tarafından diğer sigortalılar için devam eden poliçeden çıkarıldığı gün, ay ve yıldır. (Türkiye saati ile öğlen saat 12.00) Sigortalının cayma ve fesih nedeniyle çıkarılması hâlinde, Genel Şartlar Madde 8'de belirtilen hususlar ve süreler uygulanır.

**GENEL ŞARTLAR:** Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında uygulanması zorunlu olan yazılı kurallardır.

**HASAR PRİM ORANI:** Sigortalının poliçe dönemi içindeki ödenmiş ve muallak tazminatlar toplamının prime olan oranıdır.

**İLAVE ÜCRETLER:** Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla, kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden istenen fark ücretleridir.

**İPTAL TARİHİ:** Sigorta ettirenin yazılı olarak talep etmesi veya sigortacı tarafından Genel Şartlar'da belirtilen hususlardan dolayı cayma veya fesih nedeniyle poliçenin iptal edildiği gün, ay ve yıldır. (Türkiye saati ile saat 00.01)

**KATILIM PAYI:** 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutardır.

**KIRMIZI ALAN:** SGK'nın kriterlerine göre kırmızı alan olarak değerlendirilen durumlardır. Hayatı tehdit eden, hızlı ve agresif yaklaşım ile acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlardır. Bu durumlarda, hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten, hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlardır.

**MESLEKİ HASTALIK:** Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işini yürütürken gerçekleşen geçici veya sürekli bedensel veya ruhsal hastalık hâlleridir. (Örneğin; asbestozis, silikozis, silikotuberkülozis gibi)

**NETWORK (ANLAŞMALI KURUM TİPİ):** MAPFRE Sigorta A.Ş. tarafından anlaşmalı sağlık kuruluşlarının gruplanması ifade eder. Her poliçe üzerinde geçerli anlaşmalı kurum network tipi belirtilmektedir. İlgili network kapsamı dışındaki kurumlar, MAPFRE anlaşmalı kurumları arasında olsalar dahi ilgili poliçe için anlaşmasız kurum olarak değerlendirilir. Anlaşmalı kuruluş listesinde yer alan tüm kurumlar MAPFRE Sigorta A.Ş network'ünü oluşturur.

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

**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 poliçenin bitiş tarihine kadar geçerli olan şartlardır

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

**SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (SUT):** Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumu'nca karşılanan ve genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Sosyal Güvenlik Kurumu'nca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nca belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğdir.

**SAGMER:** Sağlık sigortası branşındaki verilerin tek merkezde toplanarak sigortacılık faaliyetlerinin daha kapsamlı ve etkin şekilde yürütülmesi, sektör genelinde uygulama birliğinin sağlanması, sağlıklı fiyatlandırma yapılabilmesi, suistimallerin önlenmesi, güvenilir istatistiklerin oluşturulması, sigorta sistemine olan güvenin artırılması, kamu gözetim ve denetiminin etkinleştirilmesini hedefleyen sigorta gözetim merkezidir.

**SİGORTA ETTİREN:** Sigorta poliçesi için başvuran, başvurusu sigortacı tarafından kabul edilen ve bu sigorta poliçesinin kapsamı içerisinde sorumlu taraf olup kendisi ve sigortalanacak kişilerin lehine hareket eden kişi veya tüzel kişiliktir.

**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 dâhilinde ödenmesini garanti altına alan, şirket kaşe ve yetkili imzalarını taşıyan belgelerin tümüdür.

**SİGORTACI:** Sigorta poliçesinin tanzim edildiği ülkede tescil edilip işletme ruhsatı almış sigorta şirkettir. İşbu poliçede "sigortacı" sıfatı MAPFRE Sigorta A.Ş. için kullanılmıştır.

**SİGORTALI:** Sigorta ettirenin ve sigortalanacak kişilerin sağlık sigortası başvurusunda belirtilen ve sigortacı tarafından kabul edilip poliçe kapsamına alınan kişidir.

**STANDART İSTİSNALAR:** Bütün teminatlar ve sigortalılar için geçerli olan ve özel şartlarda belirtilmiş genel istisnalardır.

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

**YILLIK TOPLAM LİMİT:** Sigortalının yıllık olarak belirtilen teminatından, sigorta poliçesi dönemi süresince kullanabileceği azami tutardır.

**YENİLEME:** Sigorta ettirenin mevcut olan sigorta poliçesinin bitiş tarihinden 15 gün önce veya bitiş tarihinden 15 gün sonra yeniden sözleşme yaptırmak için sigortacıya başvurması ve sigortacı ile sigorta ettirenin yeni sigorta poliçesinin koşullarında mutabık kalarak yeni sözleşmenin kesintisiz olarak devam ettirilmesidir.

**YENİLEME TARİHİ:** Daha önce mevcut olan sigorta poliçesinin bitiş tarihi ile aynı olan yeni sigorta poliçesinin başlangıç tarihi olan gün, ay ve yıldır. (Türkiye saati ile öğlen saat 12.00)

**MAPFRE MÜŞTERİ HİZMETLERİ:** Sigortalıların öneri, istek ve şikâyetlerini ilettikleri, ambulans ve tıbbî danışma gibi çeşitli hizmetleri alabildikleri 0 850 755 0 755 numaralı telefon hattıdır.

### MADDE 3 - TEMİNAT KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta; Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınan genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin, MAPFRE Sigorta A.Ş.'nin belirlemiş olduğu Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli/protokollü sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmeti alması sırasında oluşabilecek ilave ücretleri poliçede belirtilen yıllık toplam limit dâhilinde Sağlık Sigortası Genel Şartları ve işbu özel şartlar dâhilinde ödemeyi taahhüt eder

İşbu poliçe teminatı; Özel Şartlar Madde 5'de sayılan hâller dışında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınan tüm durumlar için geçerlidir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümlerine göre, sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları işbu poliçenin kapsamında olmayacaktır. Poliçede belirtilen teminatlar, yalnızca poliçede ismi yer alan kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler için geçerli olmayacaktır.

İşbu poliçe kapsamında verilebilecek teminatların kapsamı aşağıda belirtilmiştir;

#### 1.1. Yatarak Tedavi Teminatı

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

Sigortalı başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin, tıbben gerekli olması ve doktorun bu nedeni ayrıntılı olarak raporunda belirtmesi şartıyla; dâhili ve/veya cerrahi yatışları, sigortalının hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderleri, küçük müdahaleleri özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Sigorta süresi içinde sigortacıya bildirilen ve kabul edilmiş sağlık durumları ile ilgili hastane tedavileri devam ederken poliçenin sona ermesi ve yenilenmemesi durumunda, poliçenin sona ermesinden sonraki tedavi giderleri sigortacı tarafından ödenmez.

### 1.2. Ayakta Tedavi Teminatı

Sigortalının başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin doktor muayenesi, tahlil, radyoloji, modern teşhis yöntemleri (tanı amaçlı endoskopik işlemler) ile fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

Ayakta Tedavi Teminatı alınan durumlarda, tedavi giderleri poliçede belirtilen adet limit doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır. Poliçelerde, ayakta tedavi üst limitini aşan tedavi giderleri ödenmez. Ayakta tedavi teminatları tek başına verilemez, ancak Yatarak Tedavi Teminatı ile birlikte alınabilir.

### 1.3. Tıbbi Malzeme Teminatı

Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, tıbbi malzeme teminat limiti ve ödeme yüzdesi dâhilinde karşılanır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında karşılanmayan hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenecek sigortalının onaylaması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

### 1.4. Check-Up Teminatı

Sigortalının poliçesinde geçerli olan Anlaşmalı Kurum tipine bakılmaksızın Şirketimizin check-up teminatı için oluşturduğu anlaşmalı kurumlarda yapılması koşulu ile yılda birkez ve %100 olarak ödenir. Poliçe kapsamında geçerli olan check-up paketi ve check -up anlaşmalı kurumların detaylarına [www.mapfre.com.tr](http://www.mapfre.com.tr) adresinden ulaşabilirsiniz. Diğer anlaşmalı/anlaşmasız sağlık kuruluşlarında yaptırılan aynı veya diğer tetkik masrafları bu teminat kapsamında değerlendirilmeyecektir.

### 1.5. Dış Bakım Paketi

Dış Bakım Paketi için belirlenmiş kapsam dâhilinde bu hizmet için anlaşma sağlanmış kurumlarda geçerlidir ve sadece randevu alınarak bu hizmetten yararlanılabilecektir. Sigortalının kendi inisiyatifi ile işlemleri yaptırmaması durumunda bu hizmet kapsam dışındadır. Paket dâhilinde dış hekimi muayenesi, diş taşı temizliği (alt ve üst çene), dış röntgen filmi bulunmaktadır.

İlgili teminat ferdi poliçeler için geçerli olup grup poliçelerinde sigorta ettirenin talebiyle ek prim karşılığında verilmektedir. İlgili teminat poliçeye ilave edilmiş ise poliçe teminat tablosunda belirtilmektedir. Randevu için iletişim bilgileri poliçenizde belirtilmiştir

## MADDE 4 - BEKLEME SÜRESİ

İşbu poliçede Yatarak Tedaviler kapsamında (Kırmızı Alan durumları hariç olmak üzere) tüm işlemler ve ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler için teminatın alındığı tarih itibarıyla ilk 3 ay bekleme süresi bulunmaktadır.

## MADDE 5 - TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen istisna durumlar, bu poliçenin tüm teminatları için kapsam dışında tutulmuştur. Ancak 01.11.2022 tarihinden önce, ferdi poliçede yenileme garantisi mevcut olan sigortalılar, 18 ile 53. maddeler arasındaki istisnalar için muaf tutulacaktır. 01.11.2022 tarihinden itibaren gruptan ferdi poliçeye geçiş ya da başka sigorta şirketinden geçiş yapacak sigortalılar için aşağıda belirtilen tüm istisnalar geçerli olacaktır. Grup poliçelerindeki sigortalılar için aşağıdaki tüm istisna maddeleri uygulanacaktır.

1. Başvuru formunda beyan edilmiş olsa dahi poliçe başlangıç tarihinden önce var olan bir şikâyet ve/veya hastalık nedeni ile bir sağlık kuruluşuna başvurarak tanı almış, tedavi görmüş ve/veya tedavi önerilmiş olan her türlü sağlık gideri ile bunlara bağlı nüks ve komplikasyonlar,
2. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın işten ayrılma, sigorta priminin ödenmemesi ve bunun gibi sebeplerle aktif olmadığı dönemde oluşan sağlık giderleri,
3. Yöntem, tür, miktar, kullanım süresi Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenmiş işlemler, yatarak tedavilerde sağlık kurumu tarafından temin edilerek Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmesine kurallar dâhilinde izin verilen malzemeler ile Sosyal Güvenlik Kurumu'nun muadil malzeme fiyatları üzerinden ödeme yaptığı durumlar da anlaşmalı kurumlarda yapılan protokol kapsamında kullanılan malzemeler dışında Sosyal Güvenlik Kurumu'na karşılanmayan sağlık hizmetleri,

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

4. Acil durumlar da dâhil olmak üzere Poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurum ve/veya Kurumlar dışında yapılacak tedavilere ilişkin sağlık giderleri,
5. Poliçe üzerinde yazılı kullanım adedini ve/veya teminat limitini aşan ayakta tedavi giderleri,
6. Yeşil Alan uygulaması dahil ayakta tedaviler kapsamında her türlü ilaç gideri, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri,
7. Poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurum ve/veya Kurumlar dışında yapılan muayene sonrası oluşabilecek tetkik ve/veya tedaviler, poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurum ve/veya Kurumlarda yapılırsa dahi tetkik ve/veya tedaviler,
8. Diş hekimi ve çene cerrahlarınca yapılan muayene, diş ve diş eti tedavisi ile çene tedavilerine ilişkin tüm giderler, diş macunu ağız ve diş bakım preparatları vb. ait masraflar,
9. Gözlük, cam, çerçeve, lens masrafları ve bunlarla ilgili tüm giderler,
10. Yurt dışında yapılacak tüm tedavi ve ilaçlar, yurt dışından getirilecek olan tüm ilaçlar,
11. Anlaşmasız şehir içi ve dışı her türlü ambulans ücretleri,
12. Yol, gündelik, ikinci refakatçi ücretleri, suit oda farkları ve özel harcamalar,
13. 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,
14. Uzman hekim raporu, sağlık kurulu raporları, spor öncesi, evlilik öncesi, işe başlama öncesi durumlarda istenen raporlar ve buna ilişkin harcamalar,
15. Gebelikle ilgili yapılacak tüm masraflar ve doğum giderleri,
16. Sağlık Bakanlığı tarafından resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar veya Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyanın herhangi bir yerinde Faz 5 ve üzeri olarak ilan edilen salgın hastalıklara ait her türlü sağlık giderleri,
17. Tıbbi gereği olsa bile sünnet ve fimozis ile ilgili tüm harcamalar,
18. 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 şartıyla Yatarak Tedavi Teminatı'ndan ödenir)
19. Gözde kırılma kusurları için (miyop vb.) yapılan tedavi giderleri, görme tembelliği, göz kaymaları toric ve multifocal lensler için yapılan her türlü teşhis, tetkik ve tedavi masrafları,
20. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş, ileri yaşta ortaya çıksa dahi doğumsal (konjenital) ve genetik hastalıklar, aksine bir sözleşme belirlenmedikçe prematüre bebek masrafları,
21. Skolyoz, kifoz gibi her türlü omurga eğrilikleri,
22. Pes planus, halluks valgus/rijitus için yapılacak tetkik ve tedaviler ile ilgili harcamalar,
23. Yaşlılıktan ileri gelen bunama ile Alzheimer, Parkinson, epilepsi tanı ve tedavileri bu hastalıkların tedavisinde kullanılan antipsikotik, anksiyolitik, antikonvülzan ve tüm psikoaktif ilaçlar,
24. Psikiyatrik tedavi gerektiren ruh hastalıkları ve psikolojik rahatsızlıklar, nöropsikiyatrik testler, tetkikler, tedaviler, her türlü psikoterapiler,

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

25. Nazal septum ve konka için yapılacak operasyonlar,
26. Adli bir kaza sonucu oluşmadıkça nazal valv cerrahisi ile ilgili giderler,
27. Şaşılık, otoskleroz, keratokonus, pitozis ile ilgili tedaviler,
28. Her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler,genetik hastalık tedavileri,
29. 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,
30. Ehliyetsiz araç kullanımı nedeniyle oluşabilecek her türlü rahatsızlık ve oluşan kazalara ait giderler, (Ehliyet, sigortalının kullandığı aracın sınıfına uygun olmalıdır)
31. Alkolizm, alkol (promil seviyesine bakılmaksızın), uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve diğer madde bağımlılığı ve bu maddelerin kullanımı sonrası oluşabilecek her türlü rahatsızlık ve oluşan kazalara ait giderler,
32. Amatör veya hobi amaçlı olsun ya da 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, elektrikli motorsiklet, elektrikli scooter, kayak, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma vb.) doğan masraflar ile profesyonel ve/veya lisanslı her türlü spor faaliyetlerinden kaynaklanan masraflar,
33. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın alternatif tedavi yöntemleri (akupunktur, homeopati, osteopati hipnoz, yoga, mezoterapi, aromaterapi, nöral terapi, kayropraktik tedaviler, ayurveda, kaplıca ve içmece tedavileri vs.) anti-aging uygulamaları ve Sağlık Bakanlığı ruhsatı olmaksızın çalışan merkezler ile, kaplıca ve termal merkezleri sanatoryum, huzurevi, bakımevi prevantoryum ve rehabilitasyon merkezlerince yapılan tedaviler,
34. Estetik ve güzellik merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
35. Tarama amaçlı yapılan koroner arter kalsiyum skorlama, koroner VCT anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi) gibi tetkikler, sanal anjiyo ve sanal kolonoskopi ile ilgili giderler,
36. Sigortalının özel istisnasının kaldırılmasına yönelik yapılan tüm harcamalar,
37. Poliçenin geçerlilik süresinde meydana gelen adli bir kaza ve hastalık (kanser, yanık vb.) sonucu meydana gelmedikçe plastik ve rekonstrüktif cerrahi ile her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler, telenjektazi, jinekomasti, cilt hemanjiomları, terlemeyi önleyen ve bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri, burun estetiği, saç dökülmesi (tanı ve tedavisi, alopesi areata hariç), her türlü meme küçültme ve büyütme ameliyatı ile ilgili giderler,
38. Kilo ve iştah bozukluklarına ilişkin zayıflama ve kilo alma programları, obezite tanı veya tedavileri, cerrahisi ile ilgili harcamalar,
39. Horlama tedavisi, uyku bozuklukları, uyku apnesi tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü apacey,
40. Dengeli beslenme diyet-egzersiz programları uygulayan sağlık merkezi ve/veya hekimlerin uzmanlık alanına bakılmaksızın her türlü muayene tetkik ve tedavi giderleri,
41. Ses ve konuşma terapileri,
42. 7 yaş altındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fıtık işlemleri ile ilgili giderleri,
43. 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.), ağız ve diş bakım aparatları, termometre ve vücut ısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler, ilaçla alınmayan enjektörler, bantlar, telefon, TV, kafeterya, idari hizmet paramedikal hizmet ve servis ücreti gibi tedavi için gerekli olmayan sair giderler ile her türlü dış (external) protezler ve destek protezleri (Yatarak Tedavi Teminatı bünyesinde değerlendirilemeyecek olanlar),
44. Kısırlıkla ilgili olsun ya da olmasın varikosel giderleri (18 yaş altındaki kişiler hariç),
45. Cinsiyet değiştirme operasyonları, iktidarsızlık, peyroni, penil kordi, vajinismus, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dâhil) ve doğum kontrol giderleri,
46. Bulaşma yoluna bakılmaksızın anogenital kondilomlar, HIV, AIDS ve bunlarla ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri,

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

47. Yüzeysel varis tedavisi için uygulanan skleroterapi, lazer, ışın, masaj, çorap vs. gibi ile ilgili giderler,
48. Organ, doku ve kan naklinde verici ile ilgili masraflar,
49. Kordon kanı ve kök hücre alınması ve saklanması ile ilgili giderler,
50. Mesleki hastalıklara ve iş kazalarına ilişkin sağlık giderleri,
51. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98/2 Maddesi gereğince sigortalıların ödemek ile yükümlü oldukları katılım payları,
52. Poliçede tercih edilmeyen teminatlar ve poliçede belirtilen teminat açıklamalarında yer almayan her türlü sağlık gideri,
53. Herhangi bir belirti ve/veya şikayet olmadan veya genel bir şikayet ile istenmiş olan araştırma, kontrol amaçlı genel sağlık kontrolleri (check-up) ve tanı ile ilgili olmayan tetkikler,

### MADDE 6 - COĞRAFİ KAPSAM

İşbu poliçede yazılı teminatlar Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde poliçe üzerinde yazılı anlaşmalı kurumlarda geçerlidir. Yurt dışı tedavi giderleri işbu poliçe teminat kapsamında değildir.

### MADDE 7 - TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigortalının poliçe üzerinde yazılı anlaşmalı kurum ve/veya kurumlardan sağlık hizmeti alması sırasında oluşabilecek masraflar, poliçe teminat kapsamı dâhilinde değerlendirildiğinde kuruma verilecek provizyon sonrası doğrudan anlaşmalı kuruma ödenecektir. Provizyona ilişkin fatura ve evraklar, anlaşmalı kurum tarafından sigortacıya gönderilecektir. Provizyon alınmamış işlemlerde sigortalının kendi yaptığı harcamalara ait faturalar ise poliçe kapsamı dâhilinde değerlendirilmeyecektir.

Poliçe teminat kapsamı dışındaki masrafların tamamı, sigortalı tarafından ödenecektir

### MADDE 8 - SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE YENİLEME GARANTİSİ VERİLMESİ

#### 8.1. Sözleşmenin Yenilenmesi

Sigortalı, mevcut ferdi poliçenin bitiş tarihinden en geç 30 gün sonrasına kadar yeni sözleşme (poliçe) için sigortacıya başvurabilir. Yenileme tarihinin üzerinden 30 gün veya daha fazla süre geçmiş ise sigortalı için yeni bir sigortalı gibi yeniden başvuru formu düzenlenecek ve yeni bir sigortalı gibi sigortaya katılacaktır.

Sigortalının ferdi poliçe yenileme döneminde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi almamış sigortalıya hasar/prim oranına göre ek prim veya indirim uygulama, hasar prim oranına ve/veya risk kabul kriterlerine göre poliçeyi yenilememe, muafiyet, katılım payı, limit, ek prim vb. şartlı kabul uygulamaları yapma hakkı saklıdır.

#### 8.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Sigortalının MAPFRE Sigorta A.Ş.'de kesintisiz üç yıl boyunca Fark Yok Sağlık Sigortası ürünü ile sigortaya devam etmesi ve son üç yıl H/P oranı ortalamasının %80'in altında olması şartıyla sağlık sigortası poliçesi sahibi olan sigortalılara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda belirlenecek şartlar dâhilinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilir.

Grup poliçelerinde 55 yaşından önce sigorta kapsamına alınmış olması şartı bulunmaktadır.

Başka bir sigorta şirketinden MAPFRE Sigorta A.Ş. Fark Yok Sağlık Sigortası ürününe geçiş yapılacak poliçelerde yenileme garantisi olsun ya da olmasın sigortalılara risk analizi yapılacaktır ve limit, katılım payı, ek prim, muafiyet vb. uygulamalar söz konusu olabilecektir.

Önceki şirkette kazanılmış olan yenileme garantisi hakkı MAPFRE Sigorta A.Ş. kriterlerine göre değerlendirilecek olup belirlenecek şartlar çerçevesinde sigortalının yenileme garantisi hakkı, sigortalının mevcut özel şartları ile devam ettirilir. Şirketimizdeki diğer ürünlerden Fark Yok Sağlık Sigortası ürününe geçiş yapılması durumunda, sigortalının mevcut olan Yeniden Risk Değerlendirilmesi Yapılmaksızın Yenileme Taahhüdü hakkı saklı kalacaktır. Ancak, Fark Yok Sağlık Sigortası ürününden farklı bir ürüne geçiş talebi olması hâlinde, sigortacı tarafından yeniden risk analizi yapılır. Sigortacı, Ömür Boyu Yenileme Garantisi başvurusu yapan sigortalının sağlık riskini değerlendirmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık koşullarına göre yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda sigortalının başvurusu reddetme, şartlı kabuller (limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak kabul etme veya herhangi bir şart uygulamaksızın Ömür Boyu Yenileme Garantisi verme hakkı saklıdır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanan sigortalının son kullandığı ürün, yenileme sırasında yasal mevzuat değişikliğiyle veya mücbir bir sebeple ve/veya şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise önceki poliçedeki teminatlar ve anlaşmalı kurum ağı ile paralel veya ona en yakın başka bir ürün ile yenilemesi yapılır. Böyle bir durumda sigortalının mevcut Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı saklı kalacaktır. Yenileme taahhüdü kişiye özeldir ve bu hakkı kazanmış sigortalılara aittir. Sigortacı tarafından sigortalıya verilen "Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiştir" ifadesi her bir sigortalının poliçesinde belirtilir.

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş bir sigortalı için yenileme taahhüdünün verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalık durumları nedeniyle sigortalının, Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 ve 7'de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirilmesi yapma ve hastalık için ek prim, istisna, limit gibi yeni bir ek şart uygulama, tazminat/prim oranına göre ek prim uygulama hakkı bulunmamaktadır.

Bu dönemde sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, sigortacı mevcut Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni yeniden değerlendirme hakkına sahiptir. Sigortalının yenileme taahhüdünde bulunduğu ve sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, poliçenin yenileme garantisi hakkını kazandığı tarihteki özel şartlara tâbidir. Ancak, sigortacı anlaşmalı kurum ağında değişiklik yapma hakkına sahiptir.

Ancak; 23.04.2014 tarihinden önce ilk defa sigortalanmış, yenileme garantisine hak kazanmış veya henüz kazanmamış sigortalıların yenileme garantisi "Yeniden Risk Değerlendirmesi Yapılmaksızın Yenileme Taahhüdü verilmiştir" adı altında verilmeye devam edecektir. Bu sigortalılar için yenileme garantisinin verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalık durumları nedeniyle sigortalının, Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 ve 7'de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirilmesi yapma ve hastalıktan dolayı ek prim, istisna, limit, katılım payı gibi yeni bir ek şart uygulama hakkı bulunmamaktadır. Ancak bu sigortalılar için tazminat/prim oranına göre bilgilendirme formu ve özel şartlarda belirtilen ek prim uygulaması devam edecektir. İlgili maddede açıklanan yenileme garantisi değerlendirme kriterleri bu sigortalılar için de aynı şekilde uygulanacaktır.

### MADDE 9 - PRIM TESPİTİ

#### 9.1. Ferdi Poliçe Prim Hesabı

Sigortalının Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca sağlık riski seçilen plan, teminatlar, sigortalının 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 sigortalının plan değişikliği talebinde bulunması durumunda, sigortalının 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 bilgiler belirtilmiştir.

Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır. Aktüeryal olarak hesaplanan tarife baz primleri, belirli aralıklarla portföy genel performansını, sağlık enflasyonunu, medikal enflasyon değişkenlerini dikkate alarak güncellenebilir. Medikal enflasyona ait değişkenler; TÜFE, ÜFE, Türk Tabipleri Birliği Ücret Tarifesi katsayı değişimlerini, dövizdeki kur değişimlerini ve sağlık kurumlarının şirketimize uygulayacağı cari fiyat değişimlerini içermektedir. Tarife baz primlerindeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşulu ile bir önceki tarife priminin en fazla %300 artışı ile sınırlıdır. Poliçe primi; sigortalının ikamet bölgesi, yaş, cinsiyet, tercih ettiği teminat kriterleri dahilinde tespit edilir. Primler, İstanbul ile diğer iller arasında değişiklik göstermektedir. Poliçe primi; sigortalının ikamet bölgesi, yaş, cinsiyet, tercih ettiği teminat kriterleri dahilinde tespit edilir. Primler, İstanbul ile diğer iller arasında değişiklik göstermektedir.

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

Sigorta priminin ne şekilde, hangi vadelere ve tutarlarda ödeneceği başvuru formu ve poliçe üzerinde belirtilmektedir. Sigortalı, prim ödemelerinin tamamını poliçe üzerinde yazılı ödeme planı doğrultusunda kredi kartı ile yapar.

#### 9.2. Grup Poliçeleri Prim Hesabı

Sigortacı, Grup Sağlık Sigortası primlerini grubun büyüklüğü, geçmiş dönem kullanımı, sigortalıların yaşı/cinsiyeti, sigorta süresi, teminat yapısı, teminat limiti ve enflasyon oranı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Birey bazında primlendirme yerine, gruptaki sigortalı sayısına göre yaş ve cinsiyet dağılımına göre primlendirme yapılabilmektedir. Ayrıca, Sağlık Hizmet Tarifesi'nde (Türk Tabipler Birliği asgari ücret tarifesi, SUT birimleri ve katsayıları, HUV birimleri ve katsayıları) oluşan değişiklikler, değerlendirmede sağlık enflasyonu olarak baz alınmaktadır. Sağlık Hizmet Tarifesi'nde uygulamaların değişmesi durumunda tekrar değerlendirme yapılır.

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

#### 9.3. Prime İlişkin Düzenlemeler

##### Hasarsızlık İndirimi;

Hasarsızlık İndirimi uygulaması giriş kademesi ve 7 adet indirim kademesi ile beraber toplam 8 kademedен 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 poliçesinin kademesi belirlenir. Önceki yıl poliçeye 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 poliçesinin kademesi belirlenir. Yenileme poliçe;

- Tazminat/Prim oranı %25'den 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.

Her bir kademenin indirim oranı aşağıdaki şekildedir:

**FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR**

KADEME	1	2	3	4	5	6	7	8
İNDİRİM ORANLARI (%)	0	15	25	35	40	50	55	60

**MADDE 10 - YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ****10.1. Sigorta Süresi ve Sigortaya Kabul**

Sigorta süresi 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. İşbu sigorta sözleşmesi kapsamına Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları kabul edilirler. Sigortalı ve sigortacı arasındaki sözleşmenin yapılabilmesi için sigortalının, poliçe başlangıç yılı itibarı ile 60 (altmış) yaşın altında olması şarttır. Ferdi poliçeye giriş tarihindeki sigortalı yaşının 56 ve üzeri olması durumunda poliçe, 60 yaşından sonra yenilenmeyecektir. 55 yaş ve öncesinde Fark Yok Sağlık Sigortası poliçesi kapsamında ilk defa sigortalanan kişilerin poliçeleri, kesintisiz olarak devam etmeleri hâlinde 60 yaşından sonra da yenilenebilecektir. Yaş hesabı, sigorta başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yıl olarak hesaplanması ile yapılır.

0-6 yaş arası çocuklar ise aile kapsamında ve/veya kanunen bakmakla yükümlü en az bir kişi ile aynı üründen teminat kapsamına alınabilir. Talep edilmesi durumunda, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş, öğrenim gören (belgelenmesi şartı ile) çocukları 24 yaşına kadar poliçe kapsamında teminat altına alınabilir. 14 günden büyük, 6 yaşından küçük çocuklar sadece anne veya babanın sigortalı olduğu ürün kapsamında sigortalı olabilirler. 7-18 yaş arası çocuklar ise sigorta ettirenin 18 yaşından büyük olması şartı ile tek başına sigortalı olabilirler. Poliçe kapsamında T.C. sınırları dâhilinde ikamet edenler sigortaya kabul edilir.

**10.2. Başvurular**

Ferdi poliçe için sigorta ettiren / sigortalı adaylarının ilk ve sonradan yapacakları bütün başvuruların, sigortacı tarafından temin edilen başvuru formları ile yapılması, sigortalıların ilgili beyan kısımlarının eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerekir. Sigorta poliçesi için yapılacak her türlü başvuru ve/veya değişiklik taleplerinin yazılı ve ıslak imzalı olması şarttır. Başvuru formu üzerinde herhangi bir düzeltme, karalama kabul edilmemektedir. Sigortalının sigortacıya sağlık geçmişi bilgilerine erişim yetkisi verdiği durumlarda, sigortalının sağlık durumunun tespiti için sigortacı tarafından gerekli görülürse hekim görüşü, tetkik vs. talep edilebilir. Bu durumda, bahse konu işlemlere ilişkin masraflar sigortacı tarafından karşılanır. Ancak sigortalının sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesine rağmen, ilgili kurumlardan gerekli belgelerin temin edilememesi durumunda ihtiyaç duyulabilecek hekim görüşü, tetkik vs. masraflar, sigortalı ve/veya sigorta ettiren tarafından karşılanacaktır. Sigortalının sağlık geçmişi bilgilerine erişim yetkisi vermediği durumlarda ise ihtiyaç duyulabilecek hekim görüşü, tetkik vs. masraflar sigortalı ve/veya sigorta ettiren tarafından karşılanacaktır. Sigortalı her poliçe yenileme döneminde, yenileme taahhüdü almış olsa dahi sigortacıya başvuruda bulunmalıdır.

Sağlık durumu ve/veya yürürlükteki Risk Kabul Yönetmeliği doğrultusunda sigortalının yenileme garantisi almamış sigortalılarda başvuruyu reddetme, şartlı kabuller (limit, ek prim, istisna, katılım payı, bekleme süresi, vb.) uygulayarak kabul etme hakkı saklıdır.

**10.3. Sigorta Ettirenin Sorumluluğu**

Poliçenin iptal edilmesi veya sigortalının poliçe kapsamından çıkması hâlinde, poliçe kapsamı dışında kalan bu kişiler adına düzenlenmiş belgelerin sigortacıya iade edilmesi sorumluluğu sigorta ettirene aittir. Belgelerin tam olarak teslim edilmemesinden doğacak kayıplar sigorta ettirene 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.

Sigortalının/Sigorta ettirenin beyanı gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış ise Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 hükümleri uygulanır. Madde 6'ya göre sigortalının hakları saklı kalmak kaydıyla sigortalının/sigorta ettirenin beyan etmediği hastalıklarını değerlendirme ve şartlı kabulle (kapsam dışı, ek prim vb.) teminat kapsamına alma hakkına sahiptir.



## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

Sigortacı, poliçenin Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları'na aykırı olan giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıdan ve/veya sigorta ettirenden tahsil etme hakkına sahiptir.

### MADDE 11 - GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

#### 11.1. Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçiş İşlemleri

Sigortacının başka bir şirketten geçiş olarak poliçe yenilemesini yaparken var ise Ömür Boyu Yenileme Garantisi hükümleri saklı kalmak kaydı ile sigortalıdan sağlık bildirimini, ek tetkikler isteme, gerekli gördüğünde doktor muayenesi isteme, teminatlarda kısıtlama ve/veya şartlı kabullerde bulunma (limit, ek prim, 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 hükümleri geçerli olacaktır.

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

Kazanılmış haklar, özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması ve önceki poliçesinde sahip olduğu hakları kastetmektedir. Sigortalının, önceki poliçesinin 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 Şartlar'da mevcut olan ama bir önceki dönem Özel Şartlar'da yer almayan haklar sigortalı için de geçerli olacaktır.

Kazanılmış hakların verilebilmesi için sigortalının ilk sigorta kayıt tarihi esas alınacaktır. Sigortalının ilk kayıt tarihinin korunması için sigorta bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde başvurması gerekmektedir.

#### 11.2. MAPFRE Sigorta A.Ş.'de Mevcut Grup Poliçesinden Ferdi Poliçeye Geçiş Uygulamaları

Grup poliçe kapsamında sigortalı olan yenileme garantisi almamış olan personelin, sözleşme kapsamından çıktığı tarihten itibaren en geç 30 gün içerisinde en son sigorta poliçesindeki aynı veya daha düşük teminatlı bir plan seçmesi şartı ile bireysel olarak (ferdi poliçe) başvuruda bulunması durumunda sigortacının; başvuruyu reddetme, yapılan risk analizi değerlendirmesine göre standart şartlarla kabul etme veya şartlı kabul (ek prim, limit, katılım payı, istisna vb.) etme hakkı saklıdır.

Şirketimizdeki grup poliçe kapsamında kesintisiz ve en az 6 ay süreyle sigortalılığı devam etme koşulu ile yenileme garantisi mevcut olan sigortalı personelin Grup Sağlık Sigorta poliçesi kapsamında çıkması durumunda (emekli olma, işten çıkarılma veya istifa etme sebebiyle), en geç 30 gün içinde işten çıkış bildirgesi ile birlikte ferdi poliçe için başvurması gerekmektedir. Sigortalının daha önce sahip olduğu Grup Sağlık Sigortası ürününe eş değer bir ürün; yoksa en yakın plana haiz bireysel tarifelerden biri ile poliçesinin devamı sağlanabilecektir.

Grup poliçe kapsamında olan sigortalının gruptan çıkışı söz konusu olmadan ferdi poliçe için başvurması durumunda, sigortalının ömür boyu yenileme garantisi mevcut olsun veya olmasın ferdi poliçeye geçişte risk analizi yapılacaktır.

### MADDE 12 - SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

#### 12.1. İptaller

Sigorta ettirenin/Sigortalının poliçenin tanzim tarihinden sonra 30 gün içinde iptal talebinde bulunması hâlinde, rizikonun gerçekleşmediği durumlarda poliçe başlangıç tarihi itibarıyla iptal edilir ve ödenen primler kesintisiz sigortalıya iade edilir.

Sigortacının onayladığı ve 30 günün aşan taleplerde poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçen süreye bağlı olarak sigortacı prime hak kazanır. İptal nedeniyle sigortalıya/sigorta ettirene iade edilecek tutar ödenen tazminat dikkate alınarak gün üzerinden hesaplanır.

Sigortalıya ödenen tazminatlar sigortacının hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa sigortacı, tahsil ettiği primlerden almaya hak kazandığı primleri düşerek kalan primleri sigortalıya iade eder. Sigortalıya ödenen tazminatlar sigortacının hak ettiği prim tutarını aşmıyor ama sigortacının tahsil ettiği prim tutarını aşmıyorsa sigortacı, ilgili tazminat tutarını tahsil ettiği prim tutarından düşerek kalan primi sigortalıya iade eder.

Sigortalıya ödenen tazminat tutarı hem sigortacının hak ettiği prim tutarını hem de sigortalının ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesiz iptal yapılır. Riziko gerçekleştiğinde primlerin henüz vadesi gelmemiş dahi olsa, sigortacının 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'nun 1434. Maddesi hükümleri uygulanır.

Sigortacının sigortalının/sigorta ettirenin kötü niyetli hareketlerini tespit ettiği durumlarda (Sigortalı olmayan kişilerin sigorta teminatlarından yararlandırılması ve sağlık giderlerinin diğer sigortalılar adına düzenlenmesi, sigortalının bildiği ve/veya belirtilerinin sigorta başlangıç tarihinden önce başladığı hâalde sigortacıya beyan etmediği mevcut beyansız rahatsızlıkların tespiti vb.) sigortacı, ödemiş olduğu sağlık giderlerini alma ve/veya poliçeyi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir.

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

### 12.2. Sigorta Ettirenin veya Sigortalının Vefatı

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının vefatı durumunda ise sigortacı, aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar. Sigorta ettirenin vefatı durumunda; sigorta ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olması ve sigortalıların sigorta ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri hâlinde, sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayının sigortacıya iletilmesi gereklidir. Bu durumda, sigorta ettiren değiştirilip poliçe devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda, yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Sigorta ettirenin sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir poliçede, sigorta ettirenin 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 sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki sigorta ettirene yapılır.

### MADDE 13 - SAGMER (SİGORTA GÖZETİM MERKEZİ) BİLGİLENDİRME

İşbu sigorta poliçesindeki 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.

Türkiye Sigorta Birliği'nin yayınlamış olduğu Sağlık Sigortası Genel Şartları'na [www.tsb.org.tr](http://www.tsb.org.tr) adresinden ulaşabilirsiniz.

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLAR

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

# FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Üç nüsha olarak düzenlenen bu form, Sigorta Ettirene ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, gerek yapılacak sigorta sözleşmesinin müzakeresi sırasında gerekse sigortanın devamı sırasındaki hakları, yükümlülükleri, sözleşmenin konusu, işleyişi ve önemli nitelikteki bazı değişiklik ve gelişmeler konusunda genel bilgi vermek amacıyla 28/10/2007 tarihinde yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

## A - TEMİNAT KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta; Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınan Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin, Mapfre Sigorta A.Ş.'nin belirlemiş olduğu Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli/protokollü sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmeti alması sırasında oluşabilecek ilave ücretleri (Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kısmen karşılanacak tedavi masraflarının artan kısmını) Sağlık Sigortası Genel Şartları ve işbu özel şartlar dahilinde ödemeyi taahhüt eder. İşbu poliçe teminatı; Özel Şartlar madde 2'de sayılı haller dışında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınan tüm durumlar için geçerlidir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümlerine göre sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları işbu poliçenin kapsamında olmayacaktır. Poliçede belirtilen teminatlar, yalnızca poliçede ismi yer alan kişiler için geçerli olup, bunun dışındaki kimseleri kapsamayacaktır.

## B - POLİÇE PRİM HESABI

Sigortacının Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca sağlık riski seçilen plan, teminatlar, Sigortalının yaşı ve cinsiyeti, sağlık enflasyonu, ilgili yaşın portföydeki hasar/prim oranı dikkate alınarak şirket tarafından belirlenen ve tüm satış kanallarına duyurusu yapılan, tarife satış primleri üzerinden Sigortalı adayının primleri hesaplanır.

Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır. Sigortacı aşağıda belirtilen şartlara uyan poliçeler için indirim ve/veya ek prim uygulayabilmektedir

Poliçe ödeme planı peşin ya da taksitli olarak uygulanabilmektedir. Peşin ödemede herhangi bir indirim uygulanmamaktadır.

Poliçe başlangıcında, Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında aktif olarak çalışmayanların çalışan primi ile sigortalanması durumu poliçe döneminde tespit edildiğinde gerekli prim farkı zeyilname ile tahakkuk ettirilecektir.

### Prime İlişkin Düzenlemeler Hasarsızlık İndirimi;

Hasarsızlık İndirimi uygulaması giriş kademesi ve 7 adet indirim kademesi ile beraber toplam 8 kademedен 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 poliçesinin kademesi belirlenir. Önceki yıl poliçeye 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 poliçesinin kademesi belirlenir. Yenileme poliçe;

- Tazminat/Prim oranı %25'den 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

Her bir kademenin indirim oranı aşağıdaki şekildedir:

KADEME	1	2	3	4	5	6	7	8
İNDİRİM ORANLARI (%)	0	15	25	35	40	50	55	60

# FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Ürün değişikliği yapan Sigortalılar, mevcut ürününde hak etmiş oldukları indirim ya da ek prim oranı uygulamasına değil, yeni aldığı ürünündeki hasarsızlık indirim ve ek prim uygulamasına tabi olurlar

## C - GENEL BİLGİ VE UYARILAR

1. Sigorta Ettiren/Sigortalıların; sigortalanma taleplerini Başvuru Formu'nu eksiksiz ve doğru doldurmak suretiyle yapmaları gerekir. Başvuru Formlarının eksiksiz doldurulması ve ıslak imzalı olması gerekmektedir. Ayrıca Başvuru Formu'nda sorulmamış olsa bile sözleşme konusu rizikonun takdirine etkili olan ve tarafınızca bilinen diğer hususları da başvuru sırasında beyan etme mükellefiyetiniz bulunmaktadır. Sözleşmenin yapılmasından sonra meydana gelen değişiklikleri süresi içinde Sigortacıya bildirmek zorunludur. Yanlış ya da eksik bilgi vermenin tazminat hakkınızı ortadan kaldıracığı veya aleyhinize sonuç doğuracağını nazara alarak lütfen sözleşmenin her aşamasında Sigortacıya eksik ya da yanlış bilgi vermekten kaçınınız. Başvuru Formu'nda eksik bırakılan soru yanıtları HAYIR olarak işleme alınacaktır.
2. Sigortacı Sigortalının sağlık riskini değerlendirebilmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık durumu ve/veya Risk Kabul Yönetmeliği doğrultusunda şirketin başvuru reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır. Başvurunun reddi durumunda Başvuru ve Bilgilendirme Formu hükmünü kaybetmektedir.
3. Poliçe iptali işlemleri Sigorta Ettirenin yazılı beyanına istinaden işleme alınmaktadır. İlgili işlemin tamamlanması sonucunda Başvuru Formu ekinde yer alan bilgilendirme formu ek belgenin başlangıç tarihi itibarıyla hükmünü kaybetmektedir.
4. Sağlık Sigortası Genel Şartları 8. maddesi gereğince sağlık sigortalılarında prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu Hükümleri uygulanır
5. Sigorta için ödenen primler vergiden düşülebilir. Bu konuda Sigortacınıza danışınız
6. Ferdi poliçe kapsamında bulunan Sigortalılardan herhangi birinin, poliçe genel şartlarına ve uygulama esaslarına ters düşen, kasıtlı olarak yarar sağlama amacı güden bir girişimde bulunması durumunda poliçe kapsamında bulunan tüm Sigortalıların poliçesi derhal iptal edilecektir
7. Sigorta şirketi, sigorta süresi öncesi ve sonrasında Sigortalıyı tedavi eden tüm doktorlar, sağlık kuruluşları ve üçüncü şahıslardan Sigortalının sağlık özgeçmişi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını isteme hakkına sahiptir. Sigortalı iyi niyet kuralları çerçevesinde, bunu yerine getirmeyi kabul etmezse, Sigortacı tazminatı ödememe veya anlaşmayı iptal etme yoluna gidebilir
8. Sigortacı, yenileme dönemlerinde teminatlar, teminat limitleri ve teminatlara bağlı primleri makul ölçüler içinde belirler ve poliçe özel şartlarında değişiklik yapma hakkına sahiptir. Bu değişiklik her bir Sigortalı için yenileme dönemi itibarıyla geçerli olacaktır
9. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi için lütfen poliçe ekindeki Fark Yok Sağlık Sigortası Özel Şartlarını ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarını dikkatlice okuyunuz.
10. Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde aksi kararlaştırılmadıkça Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de ve her halükarda rizikonun gerçekleşmesiyle sona erer.
11. Sigorta Ettiren, Sigortalı kendisine sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermek kendisince bilinen ve şirketin sözleşmeyi yapmaması veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek bütün halleri bildirmekle yükümlüdür. Şirket Sigortalının başvuru kabul aşamasında veya sigortalılık süresi içinde gerekli görülen durumlarda sağlık durumunun tespiti için hekim görüşü alınması ve/veya rahatsızlığa ilişkin istenebilecek tetkiklerin masrafları Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı tarafından karşılanır.
12. Sistemimizde mevcut olan kimlik, adres telefon vb. bilgilerinizin değişikliklerini size daha rahat ulaşabilmemiz için lütfen, info@mapfre.com.tr web adresine ya da 0212 334 90 19 no'lu faksımıza bildiriniz.
13. Poliçede yazılı Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarından birinin veya birkaçının Sosyal Güvenlik Kurumu ile olan sözleşmesi poliçe vadesi içinde sona erer ise ve Sigortalının ikamet ettiği bölgede Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı ve poliçede yazılı başka bir kurum kalmaz ise işbu poliçe kendiliğinden münfesi olur. Fesih olan poliçe başlangıç tarihinden iptal tarihine kadar geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanacaktır

## D - İSTİSNALAR

Teminat dışında olan haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Fark Yok Sağlık Sigortası Özel Şartlarında yer alan istisnalara bakınız.

## E - BEKLEME SÜRESİ

İşbu poliçede Yatarak Tedaviler kapsamında (Kırmızı Alan durumları hariç olmak üzere) tüm işlemler ve ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler için teminatın alındığı tarih itibarıyla ilk 3 ay bekleme süresi bulunmaktadır.

## F - ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Sigortalının kesintisiz Mapfre Sigorta A.Ş.'de, 3 yıl boyunca Fark Yok Sağlık Sigortası ürünü ile sigortaya devam etmesi ve son üç yıl H/P ortalamasının %80'in altında olması şartıyla sağlık poliçesi sahibi olan Sigortalılara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda belirlenecek şartlar dahilinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilir.

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Başka bir sigorta şirketinden Mapfre Sigorta A.Ş. Fark Yok Sağlık Sigortası ürününe geçiş yapılacak poliçelerde yenileme garantisi olsun olmasın Sigortalılara risk analizi yapılacak, limit, katılım payı, ek prim, muafiyet vb. uygulamalar söz konusu olabilecektir. Önceki şirketteki kazanılmış olan Yenileme Garantisi hakkı Mapfre Sigorta A.Ş. kriterlerine göre değerlendirilecek olup, belirlenecek şartlar çerçevesinde Sigortalının yenileme garantisi hakkı Sigortalının mevcut özel şartları ile devam ettirilir.

Şirketimizdeki diğer ürünlerden Fark Yok Sağlık Sigortası ürününe geçiş yapılması durumunda Sigortalının mevcut olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı saklı kalacaktır. Ancak Fark Yok Sağlık Sigortası ürününden farklı bir ürüne geçiş talebi olması halinde Sigortacı tarafından yeniden risk analizi yapılır. Sigortacı "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" başvurusu yapan Sigortalının sağlık riskini değerlendirmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık koşullarına göre yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortalının başvurusu reddetme, şartlı kabuller (limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak kabul etme veya herhangi bir şart uygulamaksızın "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verme hakkı saklıdır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanan Sigortalının son kullandığı ürün, yenileme sırasında yasal mevzuat değişikliği, mücbir bir sebeple ve/veya şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise önceki poliçedeki teminatlar ve anlaşmalı kurum ağı ile paralel veya ona en yakın başka bir ürün ile yenilemesi yapılır. Böyle bir durumda Sigortalının mevcutta var olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı saklı kalacaktır.

Yenileme taahhüdü kişiye özeldir ve bu hakkı kazanmış Sigortalılara aittir. Sigortacı tarafından Sigortalıya verilen "Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiştir" ifadesi her bir Sigortalının sertifikasında belirtilir.

"Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilmiş bir Sigortalı için yenileme taahhüdünün verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalık durumları nedeniyle Sigortalının, Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6 ve 7'de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirilmesi yapma ve ek prim, istisna, limit gibi yeni bir ek şart uygulama hakkı bulunmamaktadır. Bu dönemde Sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde Sigortacı mevcut "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" yeniden değerlendirme hakkına sahiptir. Sigortalının yenileme taahhüdünde bulunduğu Sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, poliçenin yenileme garantisi hakkını kazandığı tarihteki Özel Şartlara tabidir. Sigortacı anlaşmalı kurum ağına değişiklik yapma hakkına sahiptir.

Ancak 23.04.2014 tarihinden önce ilk defa sigortalanan, yenileme garantisine hak kazanmış veya henüz kazanmamış Sigortalıların yenileme garantisi "Yeniden Risk Değerlendirmesi Yapılmaksızın Yenileme Taahhüdü Verilmiştir" adı altında vermeye devam edecektir. Bu Sigortalılar için yenileme garantisinin verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalık durumları nedeniyle Sigortalının, Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6 ve 7'de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirilmesi yapma ve ek prim, istisna, limit, katılım payı gibi yeni bir ek şart uygulama hakkı bulunmamaktadır. Ancak bu Sigortalılar için tazminat/prim oranına göre bilgilendirme formu ve özel şartlarda belirtilen ek prim uygulaması devam edecektir. İlgili maddede açıklanan yenileme garantisi değerlendirme kriterleri bu Sigortalılar için de aynı şekilde uygulanacaktır.

### G - İPTALLER

Sigortalının onayladığı taleplerde poliçe gün üzerinden iptal edilebilecek, poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanacaktır. İptal nedeniyle Sigortalı/Sigorta Ettirene iade edilecek tutar ödenen tazminat dikkate alınarak gün esasıyla hesaplanır. Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortalının hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı tahsil ettiği primlerden almaya hak kazandığı primleri düşerek kalan primleri Sigortalıya iade eder. Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortalının hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı tahsil ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı ilgili tazminat tutarını tahsil ettiği prim tutarından düşerek kalan primi Sigortalıya iade eder. Sigortalıya ödenen tazminat tutarı, hem Sigortalının hak ettiği prim tutarını hem de Sigortalının ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesiz iptal yapılır. Riziko gerçekleştiğinde primlerin henüz vadesi gelmemiş dahi olsa Sigortalının ödemekle yükümlü olduğu tazminat tutarı kadar olan kısmı, muaccel hale gelir.

Poliçe iptalinden sonra poliçenin yeniden aktif edilmesi taleplerinde yeniden Başvuru Formu doldurulacak ve yeniden risk analizi yapılacaktır.

Sigortalının Sigortalı/Sigorta Ettirenin kötü niyetli hareketlerini tespit ettiği durumlarda (Sigortalı olmayan kişilerin sigorta teminatlarından yararlandırılması ve sağlık giderlerinin diğer Sigortalılar adına düzenlenmesi, Sigortalının bildiği ve/veya belirtilerinin sigorta başlangıç tarihinden önce başladığı halde Sigortalıya beyan etmediği mevcut beyansız rahatsızlıkların tespiti vb.) Sigortacı ödemiş olduğu sağlık giderlerini faiz ve masrafları ile alma ve/veya poliçeyi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir.

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Poliçede yazılı Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarından birinin veya birkaçının Sosyal Güvenlik Kurumu ile olan sözleşmesi poliçe vadesi içinde sona ererse ve Sigortalının ikamet ettiği bölgede Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı ve poliçede yazılı başka bir kurum kalmaz ise işbu poliçe kendiliğinden münfesi olur. Ancak Sigortalının yatış gerektiren tedavisi devam ederken sağlık kurumunun herhangi bir sebeple Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmesinin sona ermesi durumunda tedavinin tamamlanmasına kadar olacak masraflar poliçe teminat kapsamı içinde olacaktır. Fesih olan poliçe başlangıç tarihinden iptal tarihine kadar geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanacaktır. Sigortalının vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Poliçedeki Sigortalı ile Sigorta Ettirenin farklı olması durumunda Sigorta Ettirenin vefatı halinde Sigortalılar Sigorta Ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirebilirler. Sigorta Ettirenin kanuni varislerinin bu durumla ilgili yazılı onayının Sigortacıya iletilmesi gereklidir. Bu durumda 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

### H - SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ

Sigortalı mevcut poliçenin bitiş tarihinden en geç 30 gün sonrasına kadar yeni sözleşme (poliçe) için Sigortacıya 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.

Sigortacının poliçe yenileme döneminde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi almamış Sigortalıya hasar/prim oranına göre ek prim veya indirim uygulama, hasar prim oranına ve/veya risk kabul kriterlerine göre poliçeyi yenilememe, muafiyet, katılım payı, limit, ek prim vb. şartlı kabul uygulamaları yapma hakkı saklıdır

### I - SAGMER (SİGORTA GÖZETİM MERKEZİ) BİLGİLENDİRME

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

### J - TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigortalının poliçe üzerinde yazılı anlaşmalı kurum ve/veya kurumlardan sağlık hizmeti alması sırasında oluşabilecek masraflar; poliçe teminat kapsamı dahilinde değerlendirildiğinde kuruma verilecek provizyon sonrası doğrudan anlaşmalı kuruma ödenecektir. Provizyona ilişkin fatura ve evraklar anlaşmalı kurum tarafından Sigortacıya gönderilecektir. Provizyon alınmamış işlemlerde Sigortalının kendi yaptığı harcamalara ait faturalar ise poliçe kapsamı dahilinde değerlendirilmeyecektir. Poliçe teminat kapsamı dışındaki masrafların tamamı Sigortalı tarafından ödenecektir

### K - DİĞER BİLGİLER

Sigortacı Tahkim Sistemi'ne üye değildir

### L - ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

1- Gerek sigorta sözleşmesinin müzakeresi ve kurulması sırasında gerekse sözleşmenin geçerli olduğu süre içinde sigortayla ilgili teknik konularda, yapılacak veya yapılmış sigortacılık işlemlerinin özellikleri ve sözleşmeye konu sigorta teminatı ile sigortanın işleyişi ile ilgili tarafınıza sözlü olarak verilen bilgiler yanında sigortaya ilişkin her türlü bilgi talebi ile şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara da başvuruda bulunabilirsiniz. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 iş günü içinde talepleri cevaplamak zorundadır

2- Poliçenizin veya ret mektubunuzun başvuru tarihinden itibaren 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması durumunda 0850 755 0 755 no'lu telefondan Müşteri Hizmetleri Merkezimize ulaşabilirsiniz.