

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

Bu özel şartlar 01.01.2026 itibarıyla Fark Yok Tamamlayıcı Sağlık Sigorta poliçesi bulunan sigortalılar için geçerlidir.

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 güncellenir 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: Sigortalının 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.

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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 gruplanmasını 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.

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 çalışsan, 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.

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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;

3.1. Yatarak Tedavi Teminatı

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.

3.2. 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.

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

3.3. Tıbbi Malzeme Teminatı

Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel (orthez, brace, aktif ankle bon spur ped), elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklilik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, nebülizatör, ventilatör, varis çorabı, aerochamber, tekerlekli sandalye (doktor raporuyla kalıcı sakatlığın belgelenmesi durumunda), koltuk değneği, hastanede yatarak gerçekleşen veya evde bakım sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen "Tıbbi Malzeme" teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında karşılanmayan, hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenecek Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) kullanılarak yapılan muayene sonrası tıbbi malzeme reçetelendirilir ise kapsam dahilindeki tıbbi malzemeler (sadece yukarıda belirtilenler ile sınırlı) için teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde ödeme yapılır.

3.4. Check-Up Teminatı

Sigortalının poliçesinde geçerli olan Anlaşmalı Kurum tipine bakılmaksızın Şirketimizin check-up teminatı için oluşturduğumuz 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 adresinden ulaşabilirsiniz. Diğer anlaşmalı/anlaşmasız sağlık kuruluşlarında yaptırılan aynı veya diğer tetkik masrafları bu teminat kapsamında değerlendirilmeyecektir.

3.5. Diş Bakım Paketi

Diş 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 yaptırması durumunda bu hizmet kapsam dışındadır. Paket dâhilinde diş hekimi muayenesi, diş taşı temizliği (alt ve üst çene), diş 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

3.6. Doğum Teminatı

Doğum Teminatı, kendisi veya eş konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar için poliçede ayakta tedavi teminatının var olması ve ek teminat olarak bu teminatın ilave edilmiş olması halinde geçerlidir. Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik komplikasyonları (tıbbi abortus tıbbi zorunluluk nedeniyle yapılan küretaj ve/veya düşük, preeklampsi, düşük tehdidi, hiperemesis nedeni ile yapılan yatışlar, vb) yeni doğan rutin bebek masrafları (doğumun hemen sonrasında bebek hastaneden çıkmadan yapılan ilk muayene ve bakım masrafı) ilgili yapılan tüm tedavilere ait giderler poliçede belirtilen doğum teminatı limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Gebelikle ilgili periyodik fiziki olarak yapılacak doktor muayeneleri ve gebelik öncesi TORCH ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler, (TORCH, amniosentez, NST, Down üçlü tarama vb.), gebelik rutin kontrolleri ise ayakta tedavi teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Ek teminat olarak alınan doğum teminatı ve ayakta tedavi teminatından karşılanan gebelik rutin kontrolleri bekleme süresinin tamamlanması ve teminatın alındığı ilk poliçe başlangıç tarihinde gebeliğin başlamamış olması şartı ile geçerlidir. Bu süre sigortalının doğum teminatının ilk başlangıç tarihi itibarıyla başlayacaktır. Doğum teminatının geçerli olabilmesi için yapılacak hesaplamada Sigortalının Son Adet Tarihi dikkate alınır. Son adet tarihinin doğum teminatının başlangıç tarihi sonrasında olması ve gebelik takibinde yapılan ultra-sonografi bulguları ile uyumlu olması gerekmektedir. Son adet tarihinin doğum teminatı başlangıç tarihinden önce olması durumunda tüm giderler poliçe teminat kapsamı dışında olacaktır. Yenileme döneminde doğum teminatının poliçeye eklenmemesi, teminata ara verilmesi durumunda eklenen teminat için bekleme süresi yeniden devreye girecektir. Doğum ve Gebelik Rutin Kontrolleri sadece poliçede tanımlı olan anlaşmalı kurum ağında geçerlidir. Anlaşmasız kurumda ilgili teminat geçersizdir.

3.7. Evde Bakım ve Tedavi

Sigortalının yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten doktoru tarafından evde uygulanması istenen tıbbi tedavi planının, sigortalının hastaneden taburcu olurken Sigortacı tarafından onaylanması koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi evde bakım hizmet giderleri ve doktor raporuyla gerekliliği belirtilmiş tıbbi cihaz kiralama giderleri bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Sigortalının günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, inkontinans ya da immobilize olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, ağız yoluyla ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor olması, üriner kateter bulunması, evde yalnız yaşıyor olması ve sosyal desteğe gereksinimi olan kronik hastalığının bulunması Evde Bakım Hizmetleri teminatı kapsamına girmez. Bu teminat sadece Mapfre Sigorta ile evde bakım teminatı için anlaşmalı olan kurumlarda geçerlidir.

3.8. Suni Uzuv

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu kaybolan uzvunu yerine koyma amacıyla takılan protezler ile bu protezlerin bakımları, bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Suni uzuv teminatı sadece kullanılan malzeme içindir. Suni uzvun yerine koyma işleminin veya bakımının ilgili poliçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir. Sigorta başlangıç tarihinden önce var olan maluliyetler için kullanılan ya da yenilenecek olan suni uzuvlar poliçe kapsamı dışındadır. SGK tarafından kapsam altına alınmış SUT bedeli üzerindeki suni uzuv giderleri (ilave ücretleri) ile SGK tarafından karşılanmayan suni uzuv giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir.

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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. Bireysel poliçelerde doğum teminatı ek teminat olarak alındıysa 9 ay bekleme süresi uygulanacaktır. Grup sözleşmelerinde, doğum teminatı ek teminat olarak alındıysa 12 ay bekleme süresine tabii olacaktır.

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 kurumlarla yapılan protokol kapsamında kullanılan malzemeler dışında Sosyal Güvenlik Kurumu'na karşılanmayan sağlık hizmetleri,
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. Ek teminat olarak alınmadıysa 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, (Resmî 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,

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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 psikotrop ilaçlar,
24. Psikiyatrik tedavi gerektiren ruh hastalıkları ve psikolojik rahatsızlıklar, nöropsikiyatrik testler, tetkikler, tedaviler, her türlü psikoterapiler,
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 teminat dışı olup, bu faaliyetlerden sadece kayak, ulaşım amaçlı ve ehliyetli olması şartı ile motosiklet ve ATV kullanımı ile ilgili tüm masraflar risk gerçekleşmedikçe ek prim ile poliçe limit ve koasürans oranları dahilinde teminat kapsamına alınabilecektir,
33. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın alternatif tedavi yöntemleri (akupunktur, homeopati, osteopati hipnoz, yoga, mezoterapi, aromaterapi, nöral terapi, kayropratik 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 aparey,
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 ısısı 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 varikozel giderleri (18 yaş altındaki kişiler hariç),

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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,
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.

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

Önceki 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 ömür boyu yenileme garantisi hakkı saklı kalacaktır. Ancak, Fark Yok Sağlık Sigortası ürününden farklı bir ürüne geçiş talebi olması hâlinde, sigortacı tarafından yeniden risk analizi yapılır.

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.

KOBİ 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 sigortacının, Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 ve 7'de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirmesi 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. Sigortacının 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.

MADDE 9 - PRIM TESPİTİ

9.1. Ferdi Poliçe Prim Hesabı

Sigortacının 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, sigortacının 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

Bireysel Sigortalılar için 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

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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 64 (dahil) yaşın altında olması şarttır.

Yaş hesabı, sigorta başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yılı olarak hesaplanması ile yapılır. Yaş hesabı, sigorta başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yılı 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 sigortalanabilirler. 7-18 yaş arası çocuklar ise sigorta ettirenin 18 yaşından büyük olması şartı ile tek başına sigortalanabilecektir. Poliçe kapsamında T.C. sınırları dâhilinde ikamet edenler sigortaya kabul edilir.

10.2. Başvurular

Sigorta Ettiren/Sigortalı adaylarının ilk ve sonradan yapacakları bütün başvuruların, Sigortacı tarafından temin edilen başvuru formları ile yapılması, Sigortalanacak Kişiler'le ilgili beyan kısımlarının eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerekir. Yazılı başvurularda başvuru formu üzerinde herhangi bir düzeltme kabul edilmemektedir. Şirket ilk sözleşme kurulurken gerekli görmesi halinde Sigortalı'nın sağlık durumunun tespiti için hekim görüşü alınmasını talep edebilir. Ancak yenilemelerde, plan değişikliklerinde veya farklı sigorta şirketlerinden geçiş işlemlerinde hekim görüşü talep edilmeyecektir.

Şirketin Sigortalı ya ilişkin bilgileri kendisini tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Gözetim Merkezinden, Kamu Kurum ve Kuruluşlarından temin edilmiş olmasına rağmen yine de hekim görüşüne ihtiyaç duyulursa ilgili masraflar Sigortacı tarafından karşılanır. Ancak sözleşme sadece Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından gelen sağlık beyanı ile kuruluyorsa gerekli olabilecek hekim görüşü masrafları Sigortalı/ Sigorta Ettiren tarafından karşılanacaktır. Sigortalı, her Poliçe yenileme döneminde, Ömürboyu Yenileme Garantisi almış olsa dahi yenileme işlemleri için Sigortacı'ya başvuruda bulunmalıdır. Sağlık durumu ve/veya yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacı'nın yenileme garantisi almamış Sigortalılarda başvuruyu reddetme, şartlı kabuller (limit, Riziko Ek Primi, istisna, katılım payı, bekleme süresi, vb.) uygulayarak kabul etme hakkı saklıdır.

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 sigortacının hakları saklı kalmak kaydıyla sigortalının/sigorta ettirenin beyan etmediği hastalıklarının değerlendirme ve şartlı kabulle (kapsam dışı, ek prim vb.) teminat kapsamına alma hakkına sahiptir.

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

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

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

Bu hastalıklar teminat haricidir. Kazanılmış haklar sadece özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması, ilk kayıt tarihinin korunması ve varsa Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin devredilmesini ifade eder. Sigortalı'nın, önceki Poliçesi'nin özel şartlarında/teminatlarında yer alan ama yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda/teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir. Ancak, yeni dönem için geçerli özel şartlarda mevcut olan ama bir önceki dönem özel şartlarda yer almayan haklar Sigortalı için de geçerli olacaktır.

Sigortalı'nın kazanılmış haklarının korunması için sigorta bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde başvurması gerekmektedir.

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

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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

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

Grup Poliçe kapsamında olan Sigortalı'nın, gruptan çıkışı söz konusu olmadan Ferdî Poliçe için başvurması durumunda Sigortalı'nın ömür boyu yenileme garantisi mevcut olsun olmasın, Ferdî Poliçe'ye geçişte risk analizi yapılacak ve değerlendirme sonucuna göre başvurunun ret edilmesi, istisna uygulanması veya Riziko Ek Primi uygulaması gibi şartlar uygulanabilecektir. Sigortalı'nın Doğum Teminatı mevcut olan aktif grup poliçesi olup, yeni bir Doğum Teminatı içeren Ferdî Poliçe'de sigortalı olması durumunda Ferdî Poliçe başlangıç tarihi itibarıyla 9 aylık bekleme süresi geçerli olacaktır.

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 sigortaya iade edilir.

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

Sigortalıya ödenen tazminatlar sigortalının hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa sigortalı, tahsil ettiği primlerden almaya hak kazandığı primleri düşerek kalan primleri sigortalıya iade eder. Sigortalıya ödenen tazminatlar sigortalının hak ettiği prim tutarını aşmıyor ama sigortalının tahsil ettiği prim tutarını aşmıyorsa sigortalı, 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 ödemediği 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.

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.

Sigortalının 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 belirtirinin sigorta başlangıç tarihinden önce başladığı hâlde sigortalıya beyan etmediği mevcut beyansız hâtsizliklerin tespiti vb.) sigortalı, ödemiş olduğu sağlık giderlerini alma ve/veya poliçeyi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir.

12.2. Sigorta Ettirenin veya Sigortalının Vefatı

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının vefatı durumunda ise sigortalı, 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 sigortalıya 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 adresinden ulaşabilirsiniz.

KOBİ FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLAR

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