

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

Bu özel şartlar 01.01.2026 itibarıyla Hepsi Birlikte Sağlık Sigortası poliçesi bulunan ferdi sigortalılar için geçerlidir.

MADDE 1- SİGORTANIN KONUSU

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

İşbu poliçe, yatarak tedavilerin sigortalının sahip olduğu özel sağlık sigortası (ÖSS) network'ünde, ayakta tanı/tedavi işlemlerinin ise tamamlayıcı sağlık sigortası (TSS) network'ünde geçerli olacak şekilde düzenlenmiştir. Sigorta teminatı sadece Sigorta Poliçesi'nde yer alan kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler teminattan yararlanamazlar.

MADDE 2- TANIMLAMALAR

Sigorta Poliçesi kapsamında kullanılan tanımlamalara ilişkin açıklamalar ektedir.

ACİL DURUM: Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri hallerde olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren, ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Acil durumun stabil hale gelmesinden sonraki tedaviler bu kapsamda değerlendirilmemektedir. Aşağıda, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen acil sağlık halleri sıralanmıştır.

1. Suda boğulma
2. Trafik kazası
3. Terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklanma, kavga vb.
4. Yüksekten düşme
5. Ciddi iş kazaları, uzuv kopmaları
6. Elektrik çarpması
7. Donma, soğuk çarpması
8. Isı çarpması
9. Ciddi yanıklar
10. Ciddi göz yaralanmaları
11. Zehirlenmeler
12. Anafilaktik Şok
13. Travma sonucu omurga ve alt-üst ekstremitte kırıkları
14. Kalp krizi, hipertansiyon krizleri
15. Akut solunum problemleri
16. Şuur kaybına neden olan her türlü organik kusur
17. Ani felçler
18. Ciddi genel durum bozukluğu
19. Yüksek ateş 39,5°C üzeri
20. Diyabetik ve üremik koma
21. Akut batın
22. Akut masif kanamalar
23. Menenjit, ensefalit, beyin apsesi
24. Renal kolik

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

ANLAŞMALI DOKTOR: Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu'nda çalışan ve MAPRE Sigorta sözleşme şartlarını kabul eden veya doğrudan MAPFRE Sigorta ile anlaşması olan hekimlerdir.

ANLAŞMASIZ DOKTOR: Anlaşmasız Sağlık Kuruluşu'nda çalışan veya Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu'nda çalışmasına rağmen MAPFRE Sigorta ile sözleşme şartlarını kabul etmeyen hekimlerdir.

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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

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

ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURULUŞU: Sigorta Şirketi ile sözleşmesi olmayan hastane, klinik, laboratuvar, teşhis ve tedavi merkezi, eczane ve doktorlardır. Anlaşmalı kuruluştaki kadrolu olarak çalışsa dahi MAPFRE Sigorta sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar "Anlaşmasız Kuruluş" olarak değerlendirilir. Sigortalı'nın tercih ettiği doktor, anlaşmalı kurumun kadrolu doktoru olsa bile MAPFRE ile anlaşmalı olup olmadığının teyidi Sigortalı'nın sorumluluğundadır.

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

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

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

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

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

DOKTOR: T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş, sağlık hizmetinin verildiği coğrafi bölgede geçerli olan yasalar çerçevesinde resmi olarak tıp doktoru unvanı ve belgesi verilmiş olan kişidir.

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

GEREKSİZ TEDAVİ İŞLEMLERİ: MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi tarafından hastaneden gelen raporlar doğrultusunda endikasyonu olmayan yatarak tedaviler ve belirli bir şikâyet ve/veya hastalığa bağlı olmayan, şikâyetle ilgisiz yapılan tanı ve tedavilerle ilgili harcamalar (check-up, rutin kontrol vb.).

HASAR PRİM ORANI: Sigortalı'nın poliçe dönemi içindeki ödenmiş ve muallak tazminatlar toplamının prime olan oranıdır. Tazminat/Sağlık Net Primi (T/P) olarak da bilinmektedir.

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

HUV (Hekimlik Uygulamaları Veritabanı): Türk Tabipleri Birliği tarafından yayımlanarak Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde mesleğini icra eden doktorların ücretlerini ve uygulama ilkelerini gösterir tarifiedir. Tarifede ücret, HUV'da (Hekimlik Uygulamaları Veritabanı) her bir tıbbi işlem için belirlenen "birim değer" in her il için ayrı olmak üzere belirlendiği genel katsayının çarpımıyla bulunur.

İLAVE ÜCRETLER: 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 73'üncü maddesine göre Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden kuruma belirlenen oranı geçmemek kaydıyla, kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden istenen fark ücretleridir.

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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

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.

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

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

KIRMIZI ALAN: SGK'nın kriterlerine göre kırmızı alan olarak değerlendirilen durumlardır. Hayatı tehdit eden, hızlı ve agresif yaklaşımla acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlardır.

KOMPLİKASYON: Bir hastalık , rahatsızlık veya tıbbi tedavinin istenmeyen etkileridir.

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

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

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

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

NETWORK (ANLAŞMALI KURUM TİPİ): MAPFRE Sigorta tarafından Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarının gruplanmasını ifade eder. Her poliçe üzerinde teminat bazında geçerli anlaşmalı kuruluş network tipi belirtilmektedir. İlgili teminata bağlı network kapsamı dışındaki kuruluşlar MAPFRE Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları olsalar dahi ilgili Poliçe ve/veya ilgili teminat için "Anlaşmasız Sağlık Kuruluşu" olarak değerlendirilir. "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu" listesinde yer alan tüm kuruluşlar MAPFRE Sigorta network'ünü oluşturur. MAPFRE Sigorta network için belirlediği anlaşmalı kuruluşları poliçe dönemi içinde değiştirme veya ilgili anlaşmalı kuruluşu tamamen anlaşmalı network kapsamından çıkarma hakkına sahiptir.

ÖZEL ŞARTLAR: Sigorta Şirketi tarafından Sağlık Sigortası Genel Şartları'na ilave olarak hazırlanan, karşılıklı hak ve yükümlülüklerle teminatları ve geçerlilik koşullarını belirten ve bu Poliçe'nin bitiş tarihine kadar geçerli olan şartlardır.

PROVİZYON: Sigortalı'nın poliçesinde geçerli olan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında yapılacak sağlık hizmetleri (dahili yatış, cerrahi yatış, muayene, tanı işlemleri vb.) giderlerinin karşılanıp/karşılanmayacağını veya hangi şartlarla karşılanacağını bildirir Sigortacı değerlendirmesidir.

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

RİZİKO EK PRİMİ (HASTALIK EK PRİMİ): Bu Poliçe ekinde verilen Poliçe'de belirtilen ve sadece ilgili Sigortalı için uygulanacak olan hastalık riskleriyle ilgili ilave prim uygulamasıdır. Uygulanan ek primler ilgili Sigortalı poliçesinde sebebi ve oranıyla beraber belirtilir.

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

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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

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

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

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

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

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

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 Merkezi'dir.

SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU: Sigortalı'nın poliçesinin geçerlilik döneminde Poliçe teminatlarından yararlanabilmesi için Sigortalı'nın başvurduğu doktor tarafından doldurulan formdur. Yatarak tedavi kapsamındaki işlemler için anlaşmasız kuruluşlarda bu form bulunmadığından Sigortalı Hasta Bilgi Formu'nu Sigortacı'dan temin ederek yanında bulundurmaktadır. Bu form sağlık giderlerinin değerlendirilmesi için gereklidir.

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (SUT): 5510 Sayılı Kanun ve Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde düzenlenen sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumu'na karşılanan ve genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Sosyal Güvenlik Kurumu'na finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleriyle bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'na belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğdir.

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

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

YENİLEME TARİHİ: Daha önce mevcut olan Sigorta Poliçesi'nin bitiş tarihi ile aynı olan yeni Sigorta Poliçesi'nin başlangıç tarihi olan gün (Türkiye saati ile öğlen 12:00), ay ve yıldır.

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

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

MAPFRE GO: Sigortalılarımızın teminat şartları, hasar yönetimi, teminat limitleri ve poliçeleriyle ilgili her türlü detaylı bilgiyi temin edebileceği MAPFRE Sigorta'nın mobil uygulamasıdır.

MAPFRE SİGORTA WEB SİTESİ: Sigortalılarımızın, Poliçe özel şartları, anlaşmalı kuruluşlar ve daha birçok bilgiye ulaşabileceği MAPFRE Sigorta kurumsal web sitesidir (www.mapfre.com.tr).

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

MADDE 3- TEMİNATLAR

3.1 Yatarak Tedavi Teminatı

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

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

Ayrıca Sigortalı'nın sağlık sigortasına sahip olduğu ilk tarihten itibaren ömür boyu hastanede yatış süresi 720 günle sınırlıdır. Bu süreyi aşması durumunda eğer Polİçe'de Ömür Boyu Yenileme Garantisi yok ise Polİçe'deki yatarak tedavi teminatı durur ve vade döneminde Polİçe yenilemesi yapılmaz. Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olan Sigortalılarda Ömür Boyu Hastanede Yatış Limiti uygulanmaz.

3.1.1 Dâhili Yatış Teminatı

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

3.1.2 Cerrahi Yatış Teminatı

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

Koroner anjiyografi ile biyopsi işlemlerinden sadece böbrek, beyin, kemik iliği ve karaciğer biyopsileri, bu teminat limit ve katılım oranlarında değerlendirilir.

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

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

3.1.3 Oda-Refakatçi Teminatı

Yatarak tedavi gerektiren her vakada, her tam gün için oda-refakatçi (1 kişiyle sınırlıdır) giderleri Polİçe'de belirtilen limit ve Polİçe Özel ve Genel Şartları dahilinde bu teminat kapsamındadır. Lüks oda veya suit oda giderleri karşılanmaz, teminat salt tek yataklı oda ücretiyle sınırlıdır. Yoğun bakım ünitesinde tedavisi yapılan Sigortalı'nın refakatçi masrafları teminat kapsamı dışındadır.

3.1.4 Yoğun Bakım Teminatı

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

3.1.5 Operatör ve Doktor Masrafı

Yatarak Tedavi Teminatı kapsamındaki tüm işlemler için geçerli olmak üzere; tedaviyi gerçekleştiren hekimin (anestezi ve asistan hekimler de dahil) Anlaşmalı Doktor olması durumunda, ilgili doktor ücreti bu teminatla belirtilen Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu limit ve katılım payı oranlarıyla karşılanır. Tedavinin Anlaşmasız Doktor tarafından yapılması halinde ise bu teminat altındaki Anlaşmasız Sağlık Kuruluşu limit ve katılım oranları uygulanır.

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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

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

3.1.6 Küçük Müdahale Teminatı

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

3.1.7 Ambulans

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

Hava ambulansı giderleri, Acil Durum'da tam teşekküllü en yakın sağlık kuruluşuna Sigortalı'nın karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda ve MAPFRE Sigorta Medikal İşlem Merkezi'nin (MİM) onaylaması halinde, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde bu teminat limit ve katılım oranları doğrultusunda karşılanır.

Tüm ambulans hizmetleri için Acil Durumlar esas alınır.

3.1.8 Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Teminatı

Kemoterapi ve radyoterapi ile ilgili giderler (doktor, oda-refakatçi, ilaç, venöz port açılması vb.), bu işlemlerin öncesinde yapılması gereken kan tahlilleri ile işlemler sonrasında oluşabilecek komplikasyonların değerlendirilmesi ve tedavisi, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde bu teminattan karşılanır.

Kanser tedavileri dışında Hepatit C tedavisinde kullanılan "interferon alpha" etken maddeli ilaçlar (Roferon-A ya da Intron-A) ve "peginterferon alpha" etken maddeli ilaçlar (Pegasys ya da Peginteron) bu teminat kapsamında ödenir.

Kemoterapi/radyoterapi öncesi ve sonrasında hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan muayene ve tetkiklere ait giderler varsa Ayakta Tedavi Teminatı'ndan karşılanır, bu teminat kapsamında değerlendirilmez.

Türkiye'de ruhsat almamış olan kemoterapi ilaçlarına ait masraflar, Sigortalı'nın mevcut sağlık durumu için FDA (Food and Drug Administration) onaylı ve Türk Eczacılar Birliği tarafından faturalandırılmış olması şartıyla, bu teminat adı altında belirtilen Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu katılım payı ve limitleri dahilinde karşılanır.

Anlaşmalı/Anlaşmasız Sağlık Kuruluşlarında, bu teminat kapsamındaki hizmetler için Anlaşmasız Doktor'a ödenecek ücret, Poliçe Özel Şartları Madde 3.1.5'te belirtildiği şekilde değerlendirilir.

3.1.9 Kaza Sonucu Dış Teminatı:

Trafik kazası/adli kaza sonucu oluşan diş/çene cerrahisiyle ilgili diş hekimlerince yapılan tedavi giderleri ve dişlerin yerine konulması (resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edilmesi şartı ve tedavinin kazayı takip eden 90 gün içinde yapılmış olması koşuluyla) Cerrahi Yatış Teminatı'ndan karşılanır. Bu kapsamda yapılacak müdahalelerde kullanılabilecek kıymetli madenlerle yapılan implant ve kaplama gibi malzemeler Poliçe kapsamı dışında değerlendirilecektir.

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

3.1.10 İlaç ve Sarf Malzeme Teminatı:

Yatarak Tedavi Teminatı'ndaki dahili veya cerrahi yatış sırasında kullanılan ilaç ve sarf malzeme giderleri, Poliçe'de belirtilen limit, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde bu teminat kapsamındadır.

3.1.11 Suni Uzun/Protezler

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

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

Yukarıda belirtilenlerin dışında estetik amaçlı uygulanan her türlü protez kapsam dışıdır.

3.1.12 Evde Tıbbi Bakım

Sigortalı'nın Evde Tıbbi Bakım Teminatı'ndan yararlanabilmesi için Poliçe kapsamındaki bir hastalık sebebiyle trakeostomili, sık orotrakeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN/IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatöre bağımlı olması, ileri dönem onkoloji hastası olması ve ağır protokolünün uygulanıyor olması gereklidir.

Bu teminat kapsamında kullanılacak olan malzemelerin/cihazların satın alınma bedelleri teminat kapsamı dışındadır. Gereklik halinde sadece kiralama bedelleri bu teminat kapsamında değerlendirilecek olup, kiralanan cihazın/ malzemenin kiralandığı gün sayısı evde bakım gün limitinden düşürülecektir.

Sigortalı'yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi halinde ve MAPFRE Medikal İşlemler Merkezi'nin onaylaması şartıyla, Sigortalı'nın Evde Tıbbi Bakım Tedavi giderleri Poliçe'de bu teminat için belirtilen limit ve katılım oranları doğrultusunda 90 güne sınırlı olacak şekilde özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. İlgili gün limiti, Poliçe'deki Yatarak Tedavi Teminatı için tanımlanan yıllık 180 günlük yatış limitinden düşülmez.

3.1.13 Yardımcı Tıbbi Malzeme

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

3.1.14 Yatış Sonrası Fizik Tedavi

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığa ilişkin cerrahi yatış veya yoğun bakım sonrasında yapılan tedavileri destekler nitelikte ve hastaneden taburcu olduktan sonra 3 ay içinde yapılması şartıyla Sigortalı'yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi, MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi'nin onaylaması halinde; ilgili fizik tedavi masrafları Poliçe'de belirtilen limit ve katılım payı oranında ödenir. 3. aydan sonra devam eden fizik tedavi seansları, varsa Ayakta Tedavi alt teminatı olan Fizik Tedavi Teminatı'ndan karşılanır.

3.1.15 Rehabilitasyon Teminatı

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

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

3.1.16 Acil Tanı Teminatı

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

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

3.1.17 Robotik Cerrahi Teminatı

Tedavinin doktor tarafından uygun görülen Robotik Cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılması ve robotik cerrahinin ilgili hastalık için MAPFRE Medikal İşlem Merkezi (MİM) tarafından onaylaması şartıyla, Poliçe'de belirtilen bu teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. Bu yöntemle özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri ve Robotik Cerrahi sırasında oluşan diğer tüm hastane masrafları da (oda, refakat ücretleri, operatör doktor ücreti vb.) yine bu teminat limit ve katılım payı oranlarıyla ödenmektedir.

Tedavinin Anlaşmalı veya Anlaşmasız Sağlık Kuruluşu'nda olmasına bakılmaksızın Anlaşmasız Doktor tarafından yapılacak işlemler için doktor ücreti Poliçe'de Operatör Doktor Masrafı adı altında belirtilen limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

3.1.18 Destek Ayakta Tedavi Teminatı

Bu teminat poliçeye eklenmesi durumunda geçerlidir.

Ameliyat ile sonuçlanmış (doğum eylemi hariç olmak üzere) ve/veya adli bir kaza sonucu oluşan yatarak tedavilerde yatış tarihinden itibaren 30 gün öncesi ve 30 gün sonrasında aynı vaka ile ilgili tüm Ayakta Tedavi giderleri bu teminat limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

3.2 Ayakta Tedavi Teminatı

Bu teminat, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından kapsama alınan genel sağlık sigortalısının, MAPFRE Sigorta'nın belirlemiş olduğu yine Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmeti alması sırasında oluşabilecek ilave ücretlerini, Poliçe'de belirtilen yıllık toplam limit dahilinde Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları dahilinde ödemeyi taahhüt eder.

Sigortalı'nın, sigorta başlangıç tarihinden sonra oluşan rahatsızlıklarına ilişkin doktor muayenesi, tahlil, radyoloji, modern teşhis (tanı amaçlı endoskopik işlemler), fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.3 Annelik Teminatı

Annelik Teminatı tercih edilen plan içinde var olması halinde geçerlidir.

3.3.1 Standart Annelik Teminatı

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

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

Yeni doğan rutin bebek masrafları (doğumun hemen sonrasında bebek hastaneden çıkmadan yapılan ilk muayene ve bakım masrafı) Annelik Teminatı limiti, katılım ve teminat yüzdesi dahilinde karşılanır. Bu teminat kapsamında yurt dışında gerçekleştirilecek olan tüm giderler bu teminat limit ve koasüransları dahilinde değerlendirilecektir.

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.3 Aile Planlaması

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

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

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

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

3.3.4. Bebek Kuvöz Teminatı

Annelik Teminatı dahil olan bir planda en az 9 ay MAPFRE Sigorta'da sigortalı olup, bekleme süresini dolduran annenin yeni doğan bebeğinin (miadından önce doğmuş olsa bile) ortaya çıkabilecek hastalıklarının (respiratuar distress sendromu, tüm kanama bozuklukları ve apneler, hipoglisemi ve hiperglisemi, konvülsiyonlar, prematüre retinopatisi, asfiksi ve sepsis tedavileri vb. ile belirtilen hastalıklar nedeniyle oluşacak kuvöz masrafları) tedavi masrafları Poliçe'de belirtilen Bebek Kuvöz Teminatı limiti, katılım yüzdesi dahilinde ödenmektedir. Annelik bekleme süresini doldurmamış Sigortalılar için bu teminat geçersizdir.

3.4 Kontrol Mamografi/Kontrol PSA

40 yaş ve üstü yaşlardaki kadın Sigortalıların kontrol amaçlı olarak yaptırdıkları mamografi ve meme ultrasonografi masrafları ile 40 ve üstü yaşlardaki erkek Sigortalıların kontrol amaçlı olarak yaptırdıkları PSA (Prostat Spesifik Antijen) tetkik masrafları, şirketimizin check-up anlaşmalı kuruluşlarında yaptırmaları koşuluyla Poliçe'de aksi belirtilmedikçe yatarak tedavi ve/veya ayakta tedavi planına sahip Sigortalılar için yılda bir kez ve %100 olarak ödenir.

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

Diğer Anlaşmalı ve Anlaşmasız Sağlık Kuruluşlarında yaptırılan kontrol amaçlı mamografi/meme ultrasonografi ve PSA masrafları Poliçe kapsamında ödenmeyecektir.

3.5 Check Up Teminatı

Sigortalı'nın poliçesinde geçerli olan anlaşmalı kuruluş tipine bakılmaksızın şirketimizin Check-Up Teminatı için oluşturduğu Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında yapılması koşuluyla yılda bir kez ve %100 olarak ödenir. Poliçe kapsamında geçerli olan check-up paketi ve check-up Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarının detaylarına www.mapfre.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Diğer Anlaşmalı ve Anlaşmasız Sağlık Kuruluşlarında yapılan Check-Up tetkik masrafları teminat kapsamında değerlendirilmeyecektir.

3.6 Yurt Dışı Tedavi Teminatı

Sigortalı'nın Sigorta Başlangıç Tarihi'nden sonra, yurt dışında gerçekleşen, dahili/cerrahi yatış gerektiren ve teminat kapsamında yer alan yatarak tedavi Poliçe'de varsa yurt dışı teminatı olarak belirtilen limit, katılım ve teminat yüzdesi doğrultusunda, özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

Sigortalı'nın, Sigorta Başlangıç Tarihi'nden sonra yurt dışında gerçekleşen rahatsızlıklarına ilişkin doktor muayene, ilaç, tanı amaçlı, ileri tanı amaçlı incelemeler ve fizik tedavi giderleri ayakta tedavi kapsamında değerlendirilen tedavi harcamaları poliçe kapsamı dışındadır.

Poliçe dönemi içerisinde sürekli yatarak tedavi görme hali hariç yurt dışında kesintisiz olarak 3 aydan fazla ikamet eden Sigortalıların teminatları Poliçe'de özel bir anlaşma yoksa yurt dışında kaldığı üçüncü aydan itibaren durur. Teminatların durduğu dönem içerisinde yurt dışında oluşacak tedavi masrafları için Sigortacı tazminat ödemez. Sigortalı'nın Sigorta Poliçesi'nin bitiş tarihinden önce Türkiye gümrüğünden giriş yapmasının ardından teminatları yeniden başlar. Bu sebeple Sigorta Ettiren'in 3 aydan fazla yurt dışında konaklaması gereken durumları Sigortacı'ya bildirmesi gerekir.

Sigortacı'nın, gidilecek ülkeye göre teminatı durdurma veya özel şartlarla devam ettirme hakkı saklıdır.

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

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

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

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

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

MADDE 4- STANDART BEKLEME SÜRELERİ

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

Adli Bir Kaza Sonucu Oluşmadıkça 6 Ay Bekleme Süresi Olan Durumlar

1. Tüm herniler
 2. Anorektal hastalıklar (hemoroid, anal fistül ve fissür, anal apse vb.) pilonidal sinüs (kist dermoid sakral).
 3. Tonsillektomi, adenoid vegetasyon cerrahisi, kulak zarı cerrahisi ve tüp uygulaması, sinüs cerrahisi.
 4. Benign (iyi huylu) her türlü tümör, yer kaplayan lezyon, nevüs, polipler ve hiperplazi eksizyonları vb.
 5. Tiroid ve paratiroid hastalıkları.
 6. Rahim ağzı, rahim, yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve operasyonlar, endometriozis, sistorektosel.
 7. Hidrosel, spermatosel, kordon kisti ve epididim kisti.
 8. Omurga ve disk hastalıkları, her türlü eklem rahatsızlıkları (diz, omuz vb.) trigger finger, bağ ve tendon rahatsızlıkları, karpal tünel, tarsal tünel.
 9. Varis ve Ven Trombozu
 10. Üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat cerrahileri.
 11. Bütün endoskopik, laparoskopik işlemler ve anjiyografiler (tanı amaçlı yapılan işlemler hariç).
 12. Katarakt, glokom, keratoplasti.
 13. Safra kesesi ve safra yolları hastalıkları,
 14. Tüm kronik hastalık tedavileri ve kronik hastalıklar için yapılacak evde bakım hizmetleri (hipertansiyon, ülser, reflü, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn vb.) KOAH, astım, şeker (diyabet) hastalığı, demiyelinizan hastalıklar, myastenia gravis, sarkoidoz, nefrit, tüm romatizmal ve bağ dokusu hastalıkları
- Annelik Teminatı İçin 9 Ay Bekleme Süresi ;**Annelik Teminatı kapsamındaki tüm durumlar (Hamilelik rutin kontrolleri, normal veya sezaryen doğum, düşük ve/veya bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyon vb.) için 9 ay bekleme süresi uygulanacaktır. Bu süre sigortalının annelik teminatının ilk başlangıç tarihi itibarıyla başlayacaktır. Annelik teminat kapsamında yapılacak hesaplamada Sigortalı'nın Son adet tarihi dikkate alınır. Son adet tarihinin Annelik Teminatının başlangıç tarihi sonrasında olması ve gebelik takibinde yapılan ultra- sonografi bulguları ile uyumlu olması gerekmektedir.

Ayakta Tedavi Teminatı İçin 3 Ay Bekleme Süresi Olan Durumlar

Ayakta Tedavi Teminatı kapsamındaki tüm fizik tedavi ve rehabilitasyonla ilgili sağlık giderleri, teminatın alındığı tarih itibarıyla 3 aylık bekleme süresine tabi olacaktır.

MADDE 5- STANDART İSTİSNALAR

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 2. Maddesi'nde belirtilen Teminat Dışı Haller ile aşağıda belirtilen durumlar, bu Poliçe'nin tüm teminatları için kapsam dışıdır. Ancak, 39 ile 49. maddeler arasında sayılan durumlar; Sigortalı'nın 01.10.2023 tarihinden önce Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını kazanmış olması, ilgili giderlerin SGK tarafından karşılanması ve bu duruma ilişkin poliçede özel bir istisna bulunmaması koşuluyla, sadece ayakta tedavi giderleri için Poliçe kapsamında değerlendirilir.

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

- a. Poliçe Başlangıç Tarihi'nden sonra belirlenmiş, ileri yaşta ortaya çıksa dahi doğumsal (Konjenital) ve genetik hastalıklar, aksine bir sözleşme belirlenmedikçe (bebek doğuştan itibaren sigortalanmış olsa dahi) prematüre bebek masrafları (bebek kuvöz ek teminatı alması ve ilgili teminat şartlarının sağlanması durumu hariç)

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

b. Pes planus, halluks valgus/rigidus için yapılacak tetkik ve tedavilerle ilgili harcamalar

c. Yaşlılıktan ileri gelen bunama ile Alzheimer, Parkinson, Sara (Epilepsi) tedavileri

d. Nazal septum ve konka için yapılacak operasyonlar Poliçe'de geçerli olan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu tipine bakılmaksızın sadece Sigortacı'nın KBB Network adıyla özel olarak belirlemiş olduğu MAPFRE Sigorta web sitesinde belirtilen Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında geçerlidir. Sigortalı'nın tedavisinin KBB Network'te yer alan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu'nda Anlaşmasız Doktor tarafından yapılması halinde, doktor ücreti azami HUV Tarifesi'nde belirtilen ücret kadar (HUV*1) ödenecektir.

Ancak bu operasyonlar, Sigortalı'nın şirketimizdeki kesintisiz devam eden bireysel sigortalılık döneminin en az 5 yılını tamamlamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olması durumunda, Poliçe kapsamında yer alan tüm Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında geçerlidir. Bu kapsamdaki tedavinin Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu'nda Anlaşmasız Doktor tarafından yapılması halinde ödenecek olan doktor ücreti ise, Operatör ve Doktor Masrafı altındaki Anlaşmasız Kurum limit ve katılım payı oranlarıyla hesaplanacaktır.

2. Sigortalı'nın şirketimizdeki bireysel sigortalılık döneminde kesintisiz en az 5 yılını tamamlamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olması veya MAPFRE Bebeği olarak sigortalı olması halinde, poliçe ilk kayıt tarihinden sonra ortaya çıkan şaşılık, otoskleroz, keratokonus, pitozis ile ilgili tedaviler istisna olarak değerlendirilmeyecek olup, Sigortalı'nın poliçesinde sahip olduğu network'ten bağımsız olarak sadece C network kapsamındaki Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında geçerli olacaktır. Şirketimizdeki bireysel poliçesinde 5 yılını tamamlamamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmamış Sigortalılar için bu tedaviler kapsam dışındadır.

C network kapsamındaki Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarına MAPFRE Sigorta web sitesindeki Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları sayfasından ulaşılabilir.

3. Annelik Bekleme Süresi doldurulmamış veya Annelik Teminatı olmayan bir plana sahip olan Sigortalı'nın yeni doğan bebeğinin prematüre kuvvöz bebek masrafları,

4. MAPFRE Sigorta ilk poliçe kayıt tarihinden önce var olan ve beyan edilmeyen mevcut rahatsızlık/hastalıklar ve bu hastalıkların nüks ve komplikasyonları dahil (tanı almış olsun olmasın ve/veya tedavi yapılmış olsun olmasın) her türlü sağlık gideri,

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

6. Ehliyetsiz araç kullanımı nedeniyle oluşabilecek her türlü kaza ve oluşan kazalara ilişkin tüm giderler,

7. Alkolizm, alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halusinojen ve diğer madde bağımlılığı ve bu maddelerin kullanımı sonrası oluşabilecek her türlü hastalık, zehirlenme, rahatsızlık ve oluşan kazalara ait giderler,

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

9. Yapıldığı kuruluşa bakılmaksızın alternatif tedavi yöntemleri (akupunktur, homeopati, osteopati, hipnoz, yoga, mezoterapi, aromaterapi, nöral terapi, kayropratik tedaviler, ayurveda, fitoterapi, fonksiyonel tıp, bütünsel tıp, ozon terapi, kaplıca ve içme tedavileri vb.) ile kaplıca ve termal merkezleri, sanatoryum, huzurevi, bakımevi, prevantoryum ve rehabilitasyon merkezlerinde uygulanan tedaviler,

10. Bilimselliği kanıtlanmamış/deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) kurumu tarafından onaylanmamış ilaç ve malzemelerle ilgili tüm giderler,

11. Yatarak Tedavi Teminatı için HUV'da (Hekimlik Uygulamaları Veritabanı) karşılığı olmayan işlem/tedaviler,

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

13. Sağlık Bakanlığı çalışma ruhsatı bulunmayan tıp hekimlerince ve tıp doktoru olmayan kişilerce yapılan her türlü işlem ve bu işlemlere ait tüm giderler,

14. Nazal valv cerrahisi ile ilgili giderler,

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

15. Spor öncesi, evlilik öncesi, işe başlama öncesi gibi nedenlerle sağlık kurulu veya doktor raporu temini için yapılan giderler,
16. Sigortalı'nın 1. derece yakınları tarafından kesilen faturalar,
17. Sigortalı'nın özel istisnasının kaldırılmasına yönelik yapılan harcamalar,
18. MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi tarafından hastaneden gelen raporlar doğrultusunda endikasyonu olmayan yatarak tedaviler ve belirli bir şikâyet ve/veya hastalığa bağlı olmayan, şikâyetle ilgisiz yapılan tanı ve tedavilerle ilgili harcamalar,
19. Uvuloplasti, horlama, uyku apnesiyle ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri. (Uvuloplasti ve uyku apnesiyle ilgili tüm giderler 01.10.2023 tarihinden önce Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış Sigortalılar için kapsam dahilindedir)
20. Skolyoz ve tüm omurga eğrilikleriyle ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri. (Skolyoz ve tüm omurga eğrilikleri 01.10.2023 tarihinden önce Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış Sigortalılar için kapsam dahilindedir)
21. 7 yaş altındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fıtık işlemleriyle ilgili giderleri (İstisnai olarak MAPFRE Sigorta Bebeklerinde bu madde uygulanmayacaktır.)
22. Madde 3.1.13'te tanımlanan yardımcı Tıbbi Malzemeler Teminatı kapsamında değerlendirilmeyen tıbbi malzemeler, CPAP cihazı, kalibrasyonu ve monitörizasyonu, evde kullanılan nemlendiriciler, vücuda dışarıdan takılan cihazlar (işitme cihazı, koklear implant vb.), ilaçla alınmayan enjektörler, bantlar, telefon, TV, kafeterya, idari hizmet, paramedikal hizmet ve servis ücreti gibi tedavi için gerekli olmayan sair giderlerle Yatarak Tedavi Teminatı bünyesinde değerlendirilemeyecek olan her türlü eksternal ve destek protezlerine ait giderler)
23. İsteğe bağlı küretaj, infertilite (kısırlık), sterilite, düşük araştırması ve hamileliğin gerçekleşmesinin sağlanmasıyla ilgili tüm tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri (tüp bebek, folikül takibi, mikroenjeksiyon, tuboplasti vb.) histero salpingografi (HSG), spermiogram, adezyolizis giderleri,
24. Tıbbi gereği olsa dahi sünnet ve fimozis ile ilgili tüm harcamalar,
25. Yüzeysel varis tedavisi için uygulanan skleroterapi, kimyasal blokaj, lazer, ışın, masaj, çorap vs. ile ilgili giderler,
26. Kordon kanı ve kök hücre alınması ve saklanmasıyla ilgili giderler,
27. Resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar ve kötü niyetle başlatılmış salgın hastalıklarla ilgili tüm giderler,
28. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98/2 Maddesi gereğince, Sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,
29. MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi tarafından onaylanmayan özel hemşirelik giderleri (Evde Bakım Teminatı kapsamında olanlar hariç) ve Acil Durumlar (Madde 2 Tanımlar'da açıklanmıştır) dışındaki ambulans giderleri, yardımcı sağlık personeline (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı gibi) ait tüm giderler,
30. Diş hekimi ve çene cerrahlarınca yapılan muayene, diş-diş eti tedavisiyle çene tedavilerine ilişkin tüm giderler, diş macunu, ağız ve diş bakım ürünleri vb. ait masraflar,
31. Gözlük-lens, lens solüsyonu kırılma kusurlarını düzeltici tüm lensler (Toric, multifokal vb), görme tembelliği, gözde kırılma kusurları (miyop vb.) tedavileri, MAPFRE Bebekleri hariç olmak üzere göz kaymaları için yapılan her türlü teşhis, tetkik ve tedavi giderleri,
32. Evde Bakım Teminatı kapsamında değerlendirilenler hariç, her türlü tıbbi malzeme ve/veya cihaz kullanım/kira ücretleri,
33. Ayakta tanı/tedavi teminatı kapsamında değerlendirilen işlemler için; Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın işten ayrılma, sigorta priminin ödenmemesi ve bunun gibi sebeplerle aktif olmadığı dönemde oluşan sağlık giderleri,
34. Poliçe kapsamındaki Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları dışında yapılan ve Ayakta Tedavi kapsamında değerlendirilen sağlık giderleri,
35. Poliçe üzerinde belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini aşan tüm giderler,

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

36. Yeşil Alan uygulaması dahil ayakta tedaviler kapsamında her türlü ilaç gideri, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri,
37. Yol, gündelik, ikinci refakatçi ücretleri, suit oda farkları ve özel harcamalar,
38. Yurt dışında gerçekleştirilen Ayakta Tedavi Teminatı kapsamındaki tüm giderler,
39. Yapısal bozukluklar, motor mental gelişim ve büyüme bozukluğu (büyüme ve gelişme geriliği/ileriliği, erken/geç puberte vb.) ile ilgili her türlü tetkik ve tedavi giderleri,
40. Psikiyatrik tedavi gerektiren ruh hastalıkları ve psikolojik rahatsızlıklar, nöropsikiyatrik testler, her türlü psikoterapi ve bunlara ilişkin tüm giderler,
41. Tarama amaçlı yapılan koroner arter kalsiyum skrolama, koroner BT anjio, EBT (Elektron Beam Tomografi) gibi tetkikler, sanal anjio ve sanal kolonoskopiyle ilgili giderler,
42. Poliçe'nin geçerlilik süresinde meydana gelen adli bir kaza ve hastalık (kanser, yanık vb.) sonucu meydana gelmedikçe; plastik ve rekonstrüktif cerrahi, her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler (burun estetiği, karın estetiği vb.) ve bunlara bağlı komplikasyonlar, telenjektazi, cilt hemangiomlarına yönelik tedaviler, jinekoma, terlemeyi önleyen ve bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri, sivilce (akne) ve saç dökülmesi tanı ve tedavisi (alopeci areata hariç), her türlü meme küçültme ve büyütme ameliyatı ve aksesuar meme operasyonu ile ilgili tüm giderler,
43. Obezite, kilo, iştah bozukluklarına ilişkin tanı veya tedavi, cerrahi ve komplikasyon, diyetisyen, zayıflama ve kilo alma programıyla ilgili tüm giderler,
44. Dengeli beslenme, diyet-egzersiz programları, alternatif ve/veya tamamlayıcı tedaviler uygulayan hekimlere ait muayene, tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,
45. İşitme kusuru cerrahisi (tüp takılması, timpanoplasti, kronik otit sekeli vb. hariç) ve tüm bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri, ses ve konuşma terapileri,
46. 18 yaş altındaki Sigortalılar hariç olmak üzere, kısırlılıkla ilgili olsun ya da olmasın varikosel giderleri,
47. Cinsiyet değiştirme operasyonları, erektil disfonksiyon, peyroni, penil kordi, vajinismus, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil) ve Madde 3.4.3 kapsamına girmeyen doğum kontrol yöntemleri (hap, kondom vb.) giderleri,
48. Bulaşma yoluna bakılmaksızın sifiliz, anogenital kondilomlar, HIV, AIDS hastalıkları ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri,
49. Organ, doku ve kan naklinde vericiyle ilgili giderler.

MADDE 6- COĞRAFI KAPSAM

Bu Poliçe teminatları, Türkiye ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) sınırlarında ikamet eden kişiler için geçerlidir. Poliçe'deki yurt içi teminatları tüm Türkiye ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC), teminatlar arasında yer olması durumunda yurt dışı teminatları ise bu ülkeler dışındaki tüm dünyada geçerlidir.

MADDE 7- TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1 Limit Uygulamaları

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

Yıllık Yatarak Tedavi Toplam Gün Limiti: Sigortalı'nın bir Poliçe Dönemi'nde hastanede yatacağı toplam gün sayısı 180 olup, bu limitin maksimum 90 günü yoğun bakım için kullanılmaktadır. Bu amaçla, hastanede yatılan her gün 1 (bir) gün olarak sayılacaktır. Yenilenen her poliçe dönemi ilgili limitler yeniden başlayarak değerlendirilecektir.

Yatarak Tedavi Yaşam Boyu Toplam Gün Limiti: Sigortalı'nın yaşamı boyunca yararlanabileceği toplam yatarak tedavi gün sayısı 720 olup, Sigortalı'nın poliçesini kesintisiz olarak yenilediği yıllar için geçerli olacaktır. Bu amaçla, hastanede yatılan her gün bir gün olarak sayılacaktır. Yatarak Tedavi Yaşam Boyu Toplam Gün Limiti dolarsa limiti dolan Sigortalı'nın Yatarak Tedavi Teminatı limitin dolduğu gün kendiliğinden sona erer. Yaşam Boyu Gün Limiti'nin (720 gün) aşılması durumunda, Sigortacı'nın Poliçe'yi yenileme hakkı vardır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip Sigortalılarda Yatarak Tedavi Yaşam Boyu Toplam Gün limiti uygulanmaz.

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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

7.2. Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulamaları

Sigortacı, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile bu Sigorta Poliçesi'nin Özel Şartlar'ında belirtilen teminatların kapsamındaki sağlık harcamalarını, Poliçe'de ilgili teminat için belirtilen teminat yüzdesi, limit ve muafiyetler dahilinde karşılar. Karşılanmayan/arta kalan tutar ise katılım payı olarak Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından ödenir.

7.3 Muafiyet Uygulamaları

Sigortalı poliçe teminatlarında varsa, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olmadığı yıllık toplam limit tutarıdır.

MADDE 8- TAZMİNAT ÖDEMESİ

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

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında yapılmış sağlık giderleri dışında, Anlaşmasız Sağlık Kuruluşlarında Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında Sigortalı tarafından yapılmış ödemelerle ilgili sağlık giderlerini gösterir fatura asılları ve gerekli diğer evrakın (doktor raporu, tetkik sonuçları vb.) eksiksiz Sigortacı'ya ulaştırılması karşılığında 5 işgünü içinde değerlendirmesi tamamlanır, ödemeye uygun olan talepler bu süre içerisinde ödenir.

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

Poliçe kapsamındaki sağlık harcamalarına ilişkin ödemenin başlayabilmesi için; faturanın hangi teminattan (Yatarak, Yurt Dışı, Annelik vb.) geldiğine bakılmaksızın varsa öncelikle varsa muafiyet tutarı düşülür ve muafiyet tutarını aşan kısmı Poliçe'de belirtilen limit, katılım, özel ve genel şartlara uygun olarak ödenir.

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

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

Sigortalı'nın tedavisi sırasında vefatı durumunda morg masrafları Yatarak Tedavi Teminatı ve katılım oranlarında değerlendirilir.

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

Ayakta Tanı/Tedavi Teminatı kapsamındaki sağlık harcamaları için; Sigortalı'nın MAPFRE Sigorta web sitesinde yer alan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları (TSS Network) üzerinden provizyon alarak yaptığı harcamalar, ilgili sağlık kuruluşuna ödenecektir. Provizyon alınmadan yapılan harcamalar veya Sigortalı'nın bu Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları dışında yaptığı harcamalara ait faturalar ise Poliçe kapsamında değerlendirilmez.

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

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

Annelik Teminatı'nda;

- 1- Doğum raporu
- 2- Hastane faturası
- 3- Gerekliğinde müşahede dosyası
- 4- Zorunlu küretajda Jinekolojik USG raporu, patoloji sonucu ve/veya Beta HCG sonucu.

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

MADDE 9- SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1 Sözleşmenin Yenilenmesi

İşbu Sigorta en çok 1 yıl süreyle geçerlidir. Ancak, Sigorta Bitiş Tarihi'ni takiben Sigortalı/Sigorta Ettiren'in talebiyle Sigortacı'nın belirleyeceği esaslar dahilinde yenileme poliçesi düzenlenebilir. Yenileme döneminde plan/network/ürün yükseltme talebinde bulunulması halinde, sağlık beyan formu istenebilir.

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

Sigortacı'nın yeni sözleşmede geçerli olacak bir önceki dönemde ve/veya süregelen rahatsızlıkları için Ömür Boyu Yenileme Garantisi hükümleri saklı kalmak kaydıyla şartlı kabullerde bulunması durumunda Poliçe yenilediği sürece bu şartlı kabuller geçerli olacaktır.

Sigorta Ettiren yenileme sırasında Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olsa bile Sigorta Poliçesi'ndeki teminat kapsamını genişletmek ve/veya farklı ürün, network, farklı teminat eklenmesi amacıyla Sigortacı'ya başvurabilir. Sigortacı'nın, bu değişiklik talebiyle ilgili olarak yeni başvuru formu isteme, başvuruyu reddetme, şartlı kabul etme (Riziko Ek Primi, limit, katılım vb.) hakkı saklıdır. Ürün değişikliği yapılması durumunda, geçiş yapılan ürünün güncel bireysel Ömür Boyu Yenileme Garantisi şartları geçerlidir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi tarihi ise geçiş yapılan ürünün başlangıç tarihi olacaktır.

Yeni eklenen teminatlar için bekleme süresi yeniden başlar. Ayrıca, Poliçeler güncel olan prim, tarife ve özel şartlar ile yenilenir.

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

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

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

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

9.2 Ömürboyu Yenileme Garantisi

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

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

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

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

"Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilmiş bir Sigortalı için yenileme garantisinin verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalık durumları nedeniyle Sigortacı'nın, Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 ve 7'de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirmesi yapma ve Riziko Ek Prim, istisna, limit, katılım payı gibi yeni bir ek şart uygulama, tazminat/prim oranına göre ekprim uygulama hakkı bulunmamaktadır.

Bu dönemde Sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde Sigortacı yeni eklenecek veya değiştirilecek teminat için tekrar risk analizi yaparak limit, katılım payı, istisna, Riziko Ek Prim vb. şartlar uygulayabilecektir. Ayrıca Sigortacı'nın ilgili talebi reddetme hakkı saklıdır.

Sigortacı'nın yenileme garantisi taahhüdünde bulunduğu Sigortalılarına sunduğu Sağlık Poliçesi, Poliçe'nin Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını kazandığı tarihteki Özel Şartlara tabidir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olmayan Sigortalılar için her Poliçe Dönemi'nde yürürlükteki Poliçe Özel Şartları geçerli olacaktır.

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

MADDE 10- PRİM TESPİTİ

10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

MAPFRE Sigorta risk analiz kriterleri uyarınca sağlık riski seçilen plan, teminatlar, Sigortalı'nın yaşı ve cinsiyeti, sağlık enflasyonu, tazminat prim oranı dikkate alınarak Sigortalı adayının primleri hesaplanır. Sigorta Başlangıç Tarihi'nden sonra aile kapsamında eş, çocuk eklemesi ya da Sigortalı'nın plan değişikliği talebinde bulunması durumunda Sigortacı'nın ilgili talebi kabul etmeme hakkı saklı kalmak kaydıyla talep tarihinde yürürlükte olan primler üzerinden işleme alınır.

Police kapsamındaki Sigortalıların primleri ve vadeleri Police ön yüzünde; teminatları, limit, katılım vb. plan bilgileri Police'de belirtilmiştir. Police primi Sigorta Başlangıç Tarihi'ndeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/ yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır.

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

Yatarak Tedavi kapsamında olup SGK tarafından karşılanan ve MAPFRE Sigorta'dan talep edilmeyen sağlık giderleri tutarının %25'i yenileme döneminde police priminden indirim olarak düşülür. Bu indirim, policede belirtilen toplam indirim oranı %50'yi aşmadığı sürece uygulanacak olup Sigortalı'nın mevcut indirimlerinin toplamı %50 ve üzerindeyse ek bir indirim olarak uygulanmayacaktır.

10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

Hasarsızlık İndirimi

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

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

Yenilenecek Police

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

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

10.3 Prim Ödemeleri

Sigorta priminin ne şekilde, hangi vade ve tutarlarda ödeneceği, teklif ve/veya police üzerinde belirtilmektedir.

Sigortalı, prim ödemelerinin tamamını Sigortacı'nın onayladığı ödeme planı doğrultusunda, peşin ve/veya taksitli olarak yapabilir.

Police üzerinde yazılı primlerin ilgili vadelerde ödenmesi yükümlülüğü Sigorta Ettiren veya varsa Sigortalı'ya aittir.

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

MADDE 11- YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1 Sigorta Süresi ve Sigortaya Kabul

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

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

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

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

12-18 yaş arası çocuklar ise Sigorta Ettiren'in 18 yaşından büyük olması şartı ile tek başına sigortalanabilecektir. Sigortacı tarafından aksi belirtilmedikçe T.C. ve KKTC sınırları dâhilinde ikamet edenler sigortaya kabul edilir. Poliçe başlangıcından sonraki sürekli ikamet edilen ülke değişiklikleri en geç bir ay içinde yazılı olarak Sigortacı'ya bildirilmelidir. Sigortacı'nın böyle bir durumun tespiti için pasaport ve/veya yurt dışı giriş çıkış kayıtlarını talep etme ve yurt dışında gerçekleşen giderleri ödememe hakkı saklıdır.

11.2 Başvurular

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

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

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

Sigortalı, her Poliçe yenileme döneminde, Ömürboyu Yenileme Garantisi almış olsa dahi yenileme işlemleri için Sigortacı'ya başvuruda bulunmalıdır. Sağlık durumu ve/veya yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacı'nın yenileme garantisi almamış Sigortalılarda başvuruyu reddetme, şartlı kabuller (limit, Riziko Ek Primi, istisna, katılım payı, bekleme süresi, vb.) uygulayarak kabul etme hakkı saklıdır.

11.3 MAPFRE Sigorta Bebeği

MAPFRE Sigorta A.Ş.'de 3S Sağlık Sigortası ürününe sahip olan annenin doğan bebekleri hastaneden taburcu olduktan sonra en geç 2 ay içinde yeni doğan bebek başvuru formu ve bebeğin hastane epikriz raporu ile birlikte şirketimize başvurulması durumunda risk analizi yapılarak doğum tarihi itibarıyla anne ile aynı üründen Poliçe kapsamına dahil edilebilecektir. Yapılacak risk değerlendirilmesi sonrası doğuştan sigorta kapsamına alınan bu bebekler "MAPFRE Sigorta Bebeği" olarak adlandırılarak, bu bebeklere ömür boyu yenileme garantisi verilebilecektir. Değerlendirme sonucu ömür boyu yenileme garantisi almaya hak kazanan bu bebeklere "konjenital (doğumsal) hastalıklar için geçerli olan 3 yıl bekleme süresi şartı" uygulanmayacaktır. Bu şart bebeğin sağlıklı ve mevcut konjenital (doğumsal) hastalıklarının olmaması halinde geçerli olacaktır. MAPFRE Sigorta Bebeği tanımı olan bir bebeğin mevcut rahatsızlığının tazminat aşamasında başvuru formunda beyan edilmediğinin tespit edilmesi durumunda ilgili hastalıklar için istisna uygulanabilecek olup, bu bebekler MAPFRE Sigorta Bebeği ve ömür boyu yenileme garantisi hakkını kaybedebileceklerdir. Bebeğin sigorta kapsamına alınması için yapılan risk değerlendirilmesi sırasında, MAPFRE Sigorta Bebeği tanımına uygun olmayan bebeklere istisna uygulanabilecek veya Sigortacının sigorta kapsamına almama hakkı saklı kalacaktır. Bu maddede istisnai olarak; sigortalının poliçesinde annelik teminatının bulunması ve bu teminat bekleme süresinin tamamlanması sonrasında doğan bebekler, doğum tarihlerinden itibaren 15 gün içerisinde Sigortacıya bildirim yapılması şartı ile herhangi bir istisna, limit uygulaması yapılmadan varsa hastalıkları için ek prim alınarak MAPFRE Sigorta Bebeği olarak kabul edilebilecektir. Sağlık sigorta kapsamına alınan Mapfre Sigorta Bebeği nin yeni doğan hastane masrafları annelik teminatından karşılanacaktır. Farklı sigorta şirketlerden geçişlerde, "şirket bebeği" olan, doğum tarihi itibarıyla sigortalanan, yenileme garantisi mevcut ve bu durumda konjenital rahatsızlıkları teminat kapsamında olan ve yapılan risk analiz sonucunda MAPFRE Sigorta'ya bu şartlarla geçişi kabul edilen (kazanılmış haklarıyla geçen) bebekler için, sonradan ortaya çıkan konjenital hastalıklar için standart istisna uygulanmayacaktır (Söz konusu durum için bebeğin geçiş esnasında sağlıklı ve mevcut konjenital rahatsızlığı bulunmama önkoşulu vardır). MAPFRE Sigorta Bebeği hakkına sahip olan Sigortalı'nın Poliçesi'nin kesintisiz olarak devam etmesi halinde bu hakkı saklı kalacaktır. Sigortalı'nın MAPFRE Sigorta Bebeği hakkı olmayan bir ürüne geçmesi durumunda bu hakkı geçersiz kalacaktır. Başka üründen sigortalanmış annenin yeni doğan bebekleri MAPFRE Sigorta Bebeği olamaz. MAPFRE Sigorta Bebeği kriterlerine uymayan bebeğin sigorta kapsamına alınması başvuru tarihi itibarıyla mümkün olup, bu tarih en erken doğum tarihinden itibaren 14. gün olabilir.

11.4 Sigorta Ettiren'in Sorumluluğu

Bebeğin sigorta kapsamına alınması için yapılan risk değerlendirmesi sırasında, MAPFRE Sigorta Bebeği tanımına uygun olmayan bebeklere Sigortacı istisna uygulanabilir veya başvuruyu reddedebilir.

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

MADDE 12- GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

12.1 Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar

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

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

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

Sigortalı'nın, önceki Poliçesi'nin özel şartlarında/teminatlarında yer alan ama yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda/teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir. Ancak, yeni dönem için geçerli özel şartlarda mevcut olan ama bir önceki dönem özel şartlarda yer almayan haklar Sigortalı için de geçerli olacaktır.

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

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

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

Şirketimizdeki grup poliçe kapsamında ömür boyu yenileme garantisi mevcut olan Sigortalı'nın Grup Sağlık Sigorta Poliçe kapsamından ayrılması durumunda (emekli olma, isten çıkarma 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 ferdi 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 Annelik Teminatı mevcut olan aktif grup poliçesi olup, yeni bir Annelik Teminatı içeren Ferdî Poliçe'de sigortalı olması durumunda Ferdî Poliçe başlangıç tarihi itibarıyla 9 aylık bekleme süresi geçerli olacaktır.

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

MADDE 13- SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1 İptaller

Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın Poliçe'nin tanzim tarihinden sonra 30 gün içinde iptal talebinde bulunması halinde; rizikonun gerçekleşmediği durumlarda Poliçe Başlangıç Tarihi itibarıyla iptal edilir ve ödenen primler kesintisiz Sigortalı'ya iade edilir. Sigortalı'nın onayladığı ve 30 günü aşan taleplerde Poliçe Başlangıç Tarihi'nden itibaren geçen süreye bağlı olarak Sigortalı prime hak kazanır. İptal nedeniyle Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iade edilecek tutar ödenen tazminat dikkate alınarak gün üzerinden hesaplanır.

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

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

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

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

13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Vefat Durumu

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı'nın vefatı durumunda ise Sigortalı aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar. Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda; Sigorta Ettiren ile Poliçe'de yer alan Sigortalı/Sigortalıların farklı olması ve Sigortalıların Sigorta Ettiren'i değiştirerek Poliçe'yi devam ettirmek istemeleri halinde kalan primleri üstlenmesi veya kanuni varislerin muvafakati ile poliçe devam ettirilir. Bu durumda Sigorta Ettiren değiştirilerek Poliçe'ye devam ettirilir. Sigortalı'nın primleri üstlenmediği ve kanuni varislerinin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçe'de, Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda Poliçe hükümsüz kalır.

Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

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

MADDE 14- SAGMER (SİGORTA GÖZETİM MERKEZİ) BİLGİLENDİRME

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

Türkiye Sigorta Birliği'nin yayımlamış olduğu Sağlık Sigortası Genel Şartları'na buradan ulaşabilirsiniz.

HEPSİ BİRLİKTE SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLAR

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