

PRIVE SİGORTA YABANCI SAĞLIK SİGORTASI POLİÇE ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu poliçe 16.06.2021 tarih ve 2021/8 sayılı Vize ve İkamet İzni Taleplerinde Yaptırılacak Sağlık Sigortalarına ilişkin Genelge'de belirtilen asgari teminat yapısını kapsamaktadır. Bu poliçe kapsamında sadece yabancı uyruklu kişiler sigortalanabilecektir. T.C. vatandaşları bu poliçe kapsamında sigortalanamayacaklardır.

Prive Sigorta Anonim Şirketi ("Prive Sigorta"), Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Prive Sigorta Yabancı Uyruklular Sağlık Sigortası Özel Şartları çerçevesinde sigortalının, sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalıklarına ait muayene, tetkik ve tedavi giderlerini, poliçesinde belirtilen teminatların kapsamı ve limitleri dahilinde tazmin eder. Bu poliçe kapsamında ödeme yapılabilmesi için, sigortalının muayene, tetkik ve tedavilerinin, poliçenin geçerli olduğu tarihler arasında gerçekleştirilmiş olması gerekmektedir. Belirtisinin/bulgusunun ve/veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (komplikasyonlara) ilişkin tüm giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Sigortalıya sağlanan sigorta teminatı, poliçede ve sigorta genel ve özel şartlarında teminata dahil olduğu belirtilmiş olan hususlarla sınırlıdır. Teminata dahil olduğu açıkça öngörülmüş bulunan hallerin dışındaki hiçbir hal, teminat dışında kalan haller arasında ayrıca sayılmış olmasa dahi, kesinlikle sigorta koruması altında değildir.

Sigortalının hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar poliçe kapsamında değildir. Sağlık poliçeleri 1 (bir) yıllık düzenlenir. Poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Poliçe Türkiye saati ile öğlen 12.00'de başlar, belirtilen bitiş tarihinde öğlen 12.00'de sona erer. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz. Sigorta Sözleşmesi'nin geçerli olduğu süre içerisinde yapılacak bütün değişiklik ve ilaveler, yazılı olarak talep edilmesi ve karşılıklı olarak mutabık kalınması halinde geçerlidir. Sigortacı tarafından kabul edildiği yazılı olarak bildirilmeyen değişiklik veya ilaveler geçerli değildir.

AŞAĞIDA BELİRTİLEN KURUMLAR VE BU KURUMLARIN İLERİDE SAHİP OLACAKLARI YENİ SAĞLIK KURUMLARINDAN GELEN FATURALAR İÇİN ACİL DURUMLAR DA DAHİL OLMAK ÜZERE HİÇBİR SAĞLIK GİDERİ ÖDENMEYECEKTİR. BU KURUMLAR TAMAMEN KAPSAM DIŞINDA OLUP, ANLAŞMASIZ KURUM STATÜSÜNE DE GİRMEKTEDİR.

Acıbadem Sağlık Grubu
Amerikan Hastanesi Grubu (Koç Üniversitesi Hastanesi, Med Amerikan vb.)
Florence Nightingale Grubu
Liv Hospital Grubu
İntermed Grubu
Anadolu Sağlık Merkezi Grubu
Güven Hastanesi Grubu
Okan Üniversitesi Grubu
Medipol Grubu
Medicana Grubu

Ortospor Grubu

Memorial Grubu (Hizmet Hastanesi ve Medstar Hastaneleri vb.)

Medical Park Grubu (İstinye Üniversitesi, Florya Aydın Üniversitesi, VM ve Anadolu Hastaneleri vb.)

2. TANIMLAR

Anlaşmalı sağlık kuruluşu: Prive Sigorta'nın sağlık sigortalılarına verilecek tıbbi hizmetler için direkt ödeme anlaşması yaptığı sağlık kuruluşlarıdır. Sigortacının, "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları Listesi" 'nde poliçe döneminde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

Ayakta tedavi: Oda ve yemek teminatı verilmeksizin sağlık kuruluşlarında, özel doktor muayenelerinde ve polikliniklerde verilen tıbbi tedavilerdir.

Bağımlı: Bu sözleşmenin maddeleri uyarınca sigortalı kişinin sigorta kapsamına alınan eşi, 30 yaşına kadar olan çocukları, üvey çocukları ve kanuni yoldan evlat edindiği çocuklarıdır.

Doktor: Hastalığının teşhis ve tedavisi için kendisine başvurulmuş Tıp Fakültesini bitirmiş, her türlü teşhis ve tedavi için lisansı olan ehliyetli kişidir.

Eş: Sigortalının kanuni olarak evli olduğu kişidir.

Sağlık kuruluşunda yatarak tedavi: Sigortalının yukarıdaki tanıma uygun bir "Sağlık Kuruluşu"nda yatılı hasta olarak oda ve yemek masrafı tahakkuk ettirerek tedavi görmesidir.

Sağlık kuruluşu: T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş

- 24 saat hasta bakımı sağlayan,
- Teşhis, tedavi ve cerrahi müdahaleye ehliyetli,
- Bir veya birden çok hekimin her zaman müdahaleye hazır olduğu, tıbbi bakım ve tedavinin yapıldığı Hastane ve/ veya Kliniklerdir.

"Sağlık Kuruluşu" deyimi; otel, huzurevi, bakımevi, nekahethane, yetimhane ve darülacezeleri, esas olarak uyuşturucu bağımlıları ile alkoliklerin tecrit ve tedavisi için kullanılan yerleri, sanatoryumları, kaplıcaları, sağlık hidrolarını, zayıflama merkezlerini kapsayacak şekilde yorumlanamaz.

Sigorta başlangıç tarihinden önceki rahatsızlıklar: Belirtisinin/ bulgusunun ve/veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklar (komplikasyonlar).

Sigorta bitiş tarihi: Sigorta teminatının poliçede belirtilen sona erme tarihidir. Sigortalının bu tarihteki sağlık giderleri poliçe teminatının kapsamı dışındadır.

Sigortacı/Sigorta Şirketi : Sigorta sözleşmesinin tanzim edildiği ülkede, ülkenin kanunları gereğince tescil edilip işletme ruhsatı almak kaydıyla, sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında, sigortalıya ya da tazminattan yararlanacağı belirtilmiş kişiye, rizikonun gerçekleşmesi halinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur. Satın almış olduğunuz poliçe için sigorta şirketi/sigortacı Prive Sigorta A.Ş.' dir.

Sigortalı: Bu poliçenin maddeleri uyarınca sigortalı olmak üzere kabul formu doldurmuş ve başvurusu Prive Sigorta tarafından kabul edilmiş ve poliçesi düzenlenmiş kişidir.

Sigorta Primi: Bireysel sağlık sigortası ürünlerine ait primler; yaş, cinsiyet, seçilen ürünlerdeki teminat limiti, teminat yapısı ve ödeme oranları, ürünün geçerli olduğu anlaşmalı sağlık kuruluşları (network) ve tedavi maliyetlerinin artış oranları çerçevesinde belirlenmektedir.

Tedavi: T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş sağlık kuruluşlarında (Hastane, klinik ve poliklinik), özel doktor muayenelerinde görevli, çalışmaya ehliyetli doktorlarca, hastalıkları

tedavi etmek amacıyla yapılan işlemlerdir. Prive Sigorta tarafından sigortalanan bir doktorun kendi kendini ve birinci derece yakınına tedavi etmesi ile ilgili giderler ödenmez.

Teminat: Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Prive Sigorta Yabancı Uyruluklar Sağlık Sigortası Özel Şartları gereği, sigortalıya verdiği taahhütlerdir.

Türk Tabipleri Birliği'nin ("TTB") Güncel Fiyat ve Uygulama Esasları: Türk Tabipleri Birliği ("TTB") tarafından belirlenmiş olup, hastalara verilen tıbbi hizmetlere (doktor ücreti, tetkik ücreti...vb) ait işlem listesini, ücretlendirme ve uygulama esaslarını içerir.

Yenileme: Prive Sigorta'nın onayının bulunması kaydıyla, poliçe bitim tarihinde, yeni döneme ait poliçenin priminin ödenmesi ile sigortanın devamının sağlanmasıdır.

Poliçe: Sigortalanan kişi veya kişilere ait belirleyici bilgileri, sigortalının başlangıç ve bitiş tarihlerini, ödenecek prim ve teminat tutarlarını içeren, sigortacı ile sigorta ettiren arasında yapılan sözleşmesinin yazılı belgesini ifade eder.

Poliçe Özel Şartları: Poliçeye ait ve ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde belirtilen hükümlerin sigorta ettiren /sigortalı aleyhine hükümler içermeyen, sigortacı tarafından hazırlanmış özel şartlardır.

Sağlık Sigortası Genel Şartları: Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Sağlık Sigortası Genel Şartları www.tsb.org.tr sitesinde güncel olarak yer almaktadır.

Sigorta Ettiren: Sigortacı ile sigorta sözleşmesine taraf olan ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigortadan doğan yükümlülükleri üstlenmiş gerçek veya tüzel kişidir.

Bekleme Süresi: Sigortalının ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir. Bu ürün için bekleme süreleri; Ayakta tedavi teminatları için poliçe süresinin yarısı, yatarak tedavi teminatları için ise poliçe süresinin dörtte üçü kadardır. (Bekleme süresi ayakta tedavi teminatları için poliçe süresinin yarısı, yatarak tedavi teminatları için ise poliçe süresinin dörtte üçü kadardır. (Bekleme süresi 1 yıllık poliçeler için ayakta tedavilerde 6 ay, yatarak tedavilerde ise 9 aydır.)

Hastalık: Sigortalının, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir doktor tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur.

Komplikasyon: Bir hastalığın seyri, tedavisi sırasında veya sonrasında bu hastalıkla bağlantılı olarak oluşan sağlık durumudur.

Konjenital Hastalık: Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır. Bazı durumlarda şikâyetler ilerleyen yaşlarda görülebilmektedir.

Kronik Hastalık: Tamamen geçmesi mümkün olmayan süregelen ya da uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hastalıklardır.

Plan/ Teminat Tablosu: Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin katılım oranı (Ödeme Yüzdesini) veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki bilgidir.

Mesleki Hastalık: Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işini yürütürken gerçekleşen geçici veya sürekli bedensel veya ruhsal hastalık halleridir.

İş Kazası: Sigortalının işyerinde olduğu sırada, yürütülmekte olan iş nedeniyle veya sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında meydana gelen travmatik hastalıkları ifade eder.

İstisna: Sigortacı'nın incelemesi sonucunda, poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/ rahatsızlıkların) poliçe teminat kapsamı dışında kalmasıdır.

Sağlık Hizmet Tarifesi: Sigortacı'nın sağlık hizmeti veren kurumlarla yaptığı sözleşmelerde tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veri tabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) vb) tarifedir.

Tazminat: Sağlık giderlerinin, ilgili sağlık poliçesi, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacı tarafından onaylanan ve/ veya ödenen tutarıdır.

Teminat: Sigortacı'nın, riskin gerçekleşmesi halinde Sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği güvencedir.

Limit: Sigortacının bu Sigorta Poliçesinin şartları içerisinde istisna, bekleme süresi, limit ve muafiyet dışında üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamını ifade eder. Sigortalının belirtilen teminatından, sigorta poliçesi dönemi süresince kullanabileceği azami gider toplamıdır.

Ödeme Yüzdesi (Katılım Oranı): Poliçede her bir teminat için belirtilen ve Sigortacı'nın ödemekle sorumlu olduğu oranı ifade eder.

Katılım Payı: Poliçede her bir teminat için belirtilen ödeme yüzdesinden arta kalan kısmın Sigortalı tarafından üstlenildiği oranı ifade eder.

Sağlık Tarife Primi: Sigortacının sözleşme ile sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar kapsamında tazminat ödemesi yapmak üzere sigorta ettirenden aldığı ücrettir.

Hastalık Ek Primi: Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucunda, "Sağlık Tarife Primi"ne belli bir oranda ek prim uygulanarak, poliçe kapsamına alınmasıdır.

Zeyilname: Poliçenin yürürlüğe girmesinden sonra ortaya çıkan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olan, son durumu gösteren ek sigorta sözleşmesidir.

Triyaj Uygulaması: Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemi ifade eder. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

Yeşil alan: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır.

Sarı Alan: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlarıdır.

Kırmızı Alan: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlarıdır.

3. TEMİNATLAR

3.1. TEMİNATLARIN AÇIKLAMALARI

Bu sigorta, 16/06/2021 tarih ve 2021/8 sayılı Vize ve İkamet Taleplerinde Yaptırılacak Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Genelge'de belirlenen asgari teminat yapısını kapsamaktadır. Bu sigorta,

aşağıdaki teminatlardan poliçede belirtilmiş olanlarını, yine poliçede belirtilen limit ve uygulamaları esas alarak, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve bu Özel Şartlar dahilinde karşılar.

3.1.1. Ayakta Tedavi Teminatları

Ayakta doktor muayenesi, ilaç, tanı, fizik tedavi ve TTB'nin güncel uygulama esaslarında tanımlanmış olan küçük ameliyatlara (Kırıklara alçı uygulanması, derideki yaraların dikişi, gözden yabancı cisim çıkarılması vb.) ilişkin giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilir. Tedavi süresi 24 saati aşmayan ve/veya müşahede (Gözlem) onayı verilen vakalarda tüm giderler Ayakta Tedavi Teminatı dahilinde ödenir. Ayakta tedavi kapsamındaki tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri, anlaşmalı ve anlaşmasız tüm sağlık kuruluşlarında geçerli olmak üzere poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı üzerinden karşılanmaktadır.

3.1.1.1. Doktor muayene giderleri

Sigortalının bir kaza, rahatsızlık veya hastalık nedeniyle tanı ve tedavisi için doktor tarafından yapılacak muayeneler ile ilgili giderler poliçede belirtilen Ayakta Tedavi teminat limitinden düşülerek ödeme oranı dahilinde karşılanır.

İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak veya cerrahi uygulama sonrasında aynı doktorun kontrol süresi içinde yaptığı muayenelere ilişkin giderler, teminat kapsamı dışındadır. Kontrol süresi için, Sigortalının sahip olduğu sigortada geçerli olan Sağlık Hizmet Tarifesinde belirtilen kontrol süreleri dikkate alınacaktır.

3.1.1.2. İlaç giderleri (Yatışsız)

Yurt içinde bir doktor tarafından muayene sonrası düzenlenen reçetede yazılı olan ve sadece T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan ilaç ruhsatı almış, farmasotik (ilaç niteliğindeki) ürünlere ait ilaç giderleri sözleşme hükümleri çerçevesinde poliçede belirtilen limit ve oran dahilinde bu teminattan karşılanır. Her bir reçete için en fazla 1 aylık doza tekabül eden ilaç giderleri karşılanır. İlaç giderlerinin ödenebilmesi için, doktora ödenen muayene ücretini gösteren serbest meslek makbuzu ya da fatura, ilaç giderlerine ait kasa fişi, ilaç isimleri okunacak şekilde kesilmiş ilaç kupürleri/barkodları/karekodları ile doktor reçetesinin ibraz edilmesi; ayrıca ilaçlara ait fatura veya kasa fişi tarihinin poliçe geçerlilik tarihi içinde olması gerekir.

Doktor muayene sonrası düzenlenen reçetelerde, doktorun veya sağlık kuruluşunun bulundurmasının yasal olarak zorunlu olduğu 'Hasta Kayıt Defteri'ndeki protokol numarası ve sigortalıya konulan teşhis yazılmalı, ayrıca doktorun diploma numarası ve uzmanlık dalını gösteren kaşesi ve imzası mutlaka olmalıdır. Bu formata uymayan reçeteler kabul edilmeyecektir. Reçetenin yazıldığı tarihten itibaren en geç on gün içinde ilaçlar alınmalıdır. On günlük sürenin aşılması durumunda reçete geçersiz sayılacaktır ve işlem yapılmayacaktır.

Reçete edilerek uygulama yolu kas içi, damar içi, eklem içi, kemik içi, deri içi, deri altı ve göz vitre içi, vb. olan ilaçlara ait giderler bu teminat kapsamındadır.

Sürekli kullanımı doktor tarafından uygun görülen ilaçlara ilişkin giderler, ancak sigortalının bu durumu doktor raporu ile belgelemesi (raporun en fazla 6 ay süre ile geçerli olacak şekilde düzenlenmiş olması gerekmektedir), Prive Sigorta'nın onayı ve ilaçların kullanımının poliçe süresi içerisinde olması kaydıyla ödenir.

Her türlü ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre ve distilat gibi fraksiyonları içeren ilaçlar ve diğ doktorunun reçete ettiği ilaçlar poliçe kapsamı dışındadır.

Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışıdır. Ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir.

3.1.1.3. Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri (Yatışsız)

Hastalığın tanısı için tıbben gerekli görülen radyolojik tetkikler, ultrasonografi, mamografi, ilaçlı ve ilaçsız grafiler, EKG, Eforlu EKG, odyometri, EMG, ürografi ve benzeri görüntüleme giderleri ile bu işlemler esnasında kullanılan kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir. Radyolojik tetkiklere (TTB Referans Ücret Tarifesinde direkt radyolojik incelemeler konu başlığı altında geçen tetkikler) ilişkin giderler, ancak söz konusu tetkiklerin ilgili uzman tarafından yapılması halinde ödenir. Radyoloji uzmanlığına sahip olmayan bir doktorun muayene sırasında kendisinin yaptığı radyolojik tetkiklere ilişkin giderler ödenmez. Hepatit markerlerine ait giderler, sadece karaciğer enzim değerlerinin normal değerlerin üzerinde olması durumunda ödenir.

3.1.1.4. İleri tanı yöntemleri

Hastalığın tanısı için tıbbi gereklilik dolayısıyla uygulanan modern teşhis yöntemleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Modern teşhis teminatından ödenecek işlemlerden bazıları bilgi amacıyla aşağıda belirtilmiştir: Tomografi, MR, anjiyografi, endoskopik tetkikler, tetkik amaçlı (insizyonel) biyopsiler, sintigrafi ile bu işlemler esnasında kullanılan kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler. Tanıya yönelik girişimsel tetkikler ile endoskopik tetkikler (Diagnostik artroskopi, diagnostik laparaskopi, kolonoskopi, gastroskopi, sistoskopi, bronkoskopi, mediastinoskopi, biyopsi, USG eşliğinde biyopsi, anjiyografi (koroner anjiyo hariç), MR eşliğinde anjiyografi.

3.1.1.5. Fizik tedavi giderleri

Hekim tarafından belirtilen fizik tedavi seansları ve rehabilitasyon giderleri ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın yıllık poliçe limiti dahilinde ödenir ancak bu halde fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatarak tedavi bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi) karşılanmaz. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir.

Fizik tedavi giderlerinin ödenebilmesi için, tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.) ve ayrıntılı doktor raporunun (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü) Prive Sigorta'ya ulaştırılması gerekmektedir.

3.1.1.6. Küçük müdahale (küçük ameliyat ve müşahede) giderleri

Yurt içinde ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın, hastane veya doktor muayenehanesinde genel veya lokal anestezi altında veya anestezi olmadan tedaviye yönelik olarak yapılan ve birimi Türk Tabipleri Birliği'nin uygulama esaslarında tanımlanmış olan küçük ameliyatlara (Kırıklara alçı uygulaması, derideki yaraların dikişi, gözden yabancı cisim çıkarılması, mide yıkanması vb.) ilişkin her türlü gider, ilgili teminatlar kapsamında değerlendirilecek olan doktor muayene ve teşhis giderleri hariç olmak üzere, poliçede belirtilen limit ve oran dahilinde ödenir.

Küçük Müdahale Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme, ilaç, (lokal ve genel anestezikler, profilaktik antibiyotikler, aktif karbon, yanık ve yara pansumanında kullanılan krem ve pomadlar vb.) pre-op kan tahlili ve müdahaleyi yapan doktor ücretleri bu teminattan karşılanır.

Doktor muayene, ayakta tanı ve ayakta ilaç teminatı olmayan poliçelerde de girişim sırasında kullanılacak malzeme, ilaç (lokal ve genel anestezikler, profilaktik antibiyotikler, aktif karbon, yanık

ve yara pansumanında kullanılan krem ve pomadlar vb.) ve pre-op kan tahlili ücretleri bu teminattan karşılanır. Ancak bunlar haricinde işlem öncesi ve sonrası yapılabilecek her türlü muayene, laboratuvar ve radyoloji gibi tetkikler ile reçete edilen ilaçlara ait giderler küçük müdahale ile ilgili olsa dahi poliçe kapsamında değildir. (Bu cümlenin istisnası olarak; kırık, çıkık ve burkulmalarda cerrahi müdahale öncesi yapılan doktor muayene ve röntgen giderleri bu teminattan karşılanır.)

Küçük müdahale işlemi esnasında alınan patolojiler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Acil durum tanımına uygun olan ve yatış süresi 24 saati aşmayan ameliyatsız tedaviler yani tıbbi gözlem ve müşahedeye ait sağlık giderleri (malzeme, ilaç, doktor ücretleri, ilgili tetkik giderleri vb.) poliçede belirtilen Küçük Müdahale teminatı kapsamında değerlendirilir.

Ancak, "Acil Durum" tanımına uymayan durumlarda, bu tedaviler ile ilgili olsa dahi; her türlü muayene, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı gibi tetkikler ve/ veya reçete edilmesi şartıyla, kas içi, damar içi, eklem içi, kemik içi, deri içi, deri altı ve göz vitre içi, vb. uygulanan ilaçlara ait giderler küçük müdahale teminatı kapsamında olmayıp, ilgili ayakta tedavi teminatı limit ve ödeme oranları kapsamında değerlendirilecektir.

PUVA tedavisine (Ultraviyole ışınıyla deri hastalıklarının tedavisi) ilişkin giderler Küçük Müdahale teminatından ödenir.

Aynı seansta yapılan birden fazla müdahale, TTB'nin güncel uygulama esasları çerçevesinde değerlendirilecektir. Ancak birimleri toplamı TTB'nin güncel uygulama esasları içerisinde belirlenen küçük ameliyat biriminden yüksek olsa bile, işlemlerden herhangi biri TTB güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirlenen küçük ameliyat birimini geçmiyorsa küçük ameliyat kapsamında değerlendirilir.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında veya doktor muayenehanelerinde yapılan küçük müdahalelerde operatör doktora ödenecek ücret, TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutar ile sınırlıdır.

Yurt içindeki anlaşmalı sağlık kuruluşlarında, müdahaleyi kadrolu olmayan doktorlar yaparsa, bu doktorlara ödenecek ücret, Prive Sigorta'nın sağlık kuruluşu ile imzaladığı sözleşmede belirtilen ücretler kadar olacaktır.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yapılan ve TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında adı geçmeyen ameliyatlara için ödenecek ücret, anlaşmalı kurumlar içerisindeki emsal teşkil eden hastane ile şirketimiz arasında yapılan anlaşmada belirtilen tutarı ile sınırlıdır.

3.1.2. Yatarak Tedavi Teminatları

Yatarak tedavi teminatı, tıbben gerekli olması ve doktorun bu nedeni ayrıntılı olarak raporunda belirtmesi şartıyla; medikal ve/veya cerrahi yatışları, sigortalının hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderlerini, küçük müdahaleleri özel ve genel şartlara uygun olarak karşılar.

Hastanede sigortalının yatarak tedavi görmesi durumunda; günlük oda (standart tek yataklı oda ücreti ile sınırlıdır), yemek, refakatçi, doktor, ilaç, ameliyathane, operatör, anestezi uzmanı, hemşire (standart hemşirelik ücreti ile sınırlıdır), yoğun bakım, her türlü sarf malzeme giderleri, kemoterapi (Hepatit C tedavisinde kullanılan "interferon ve peginterferon alpha" etken maddeli ilaçlar dahil), radyoterapi, diyaliz (poliçede belirtilen yıllık limit dahilinde) koroner anjiyografi, böbrek taşı kırma(ESWL), sigortalının tedavisi sırasında vefatı durumunda morg masrafları, ameliyat sırasında zorunlu kullanılan protezler (Kalp kapağı, kalp pili, kalça protezleri vb.) bu teminat kapsamında

değerlendirilir ve teminat tablosunda belirtilen teminat limit ve ödeme oranları doğrultusunda Özel ve Genel Şartlara uygun olarak karşılanır.

Ameliyatlı ve/veya ameliyatsız yatarak tedaviler, sigortalının yatmasını gerektirmeyen ve TTB'nin güncel uygulama esaslarında tanımlanmış küçük ameliyat biriminden yüksek olan cerrahi ve ortopedik müdahalelere ilişkin giderler yatarak tedavi kapsamında değerlendirilir. Ancak,

- Yatış süresi 24 saati aşmayan ameliyatsız tedavilere ilişkin giderler Ayakta Tedavi Teminatları dahilinde karşılanır.
- Tetkik amaçlı yatışlar, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamı dışındadır.

Ameliyat öncesi anestezi uzmanının yapılmasını istediği tetkikler Yatarak Tedavi Teminatının limiti dahilinde ödenir.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarına verilen yatış onayları süresiz değildir. Verilen yatış onayı, yedi gün içerisinde gerçekleşmesi ve poliçenin yürürlükte olması kaydıyla geçerlidir. Belirtilen sürelerden sonra hastanede yatarak tedavi görülmesi gerekiyorsa sigortalının ve sağlık kuruluşunun tekrar provizyon verilmesi için başvurmaları gerekmektedir.

On beş günü aşan tüm yatışlarda, on beşinci günden sonra oluşan teminat kapsamındaki giderlerin karşılanabilmesi için, konuya ilişkin yeni bir bildirim formu gönderilerek Sigortacının onayının tekrar alınması gerekmektedir.

3.1.2.1. Ameliyat giderleri

Sigortalının tedavisinin cerrahi müdahale gerektirdiğinin doktor raporu ile belgelenmesi ve cerrahi müdahalenin sağlık kuruluşlarında yapılması kaydıyla, ameliyathane kullanım bedelini, ameliyat sırasında kullanılan malzeme ve ilaç giderlerini, operatör doktor ve ekibinin (Asistan ve anestezi uzmanı) ücretini kapsayan ameliyat giderleri, teminat tablosunda belirtilen limitler ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

Ameliyat ön onayının alınması: Sigortalılar, acil tıbbi durumlar haricinde, ameliyat olmadan bir kaç gün önce, ameliyatı yapacak olan doktorun dolduracağı ve anlaşmalı sağlık kuruluşlarında mevcut bulunan "Hasta Bilgi Formu" nun sigortacıya iletilmesini sağlayarak, ameliyat olacaklarını Şirketimize bildirmelidirler. Sigortalılarımızın planlanan yatarak tedaviden önceki günlerde giderlerin ödenip ödenmeyeceği hakkında Şirketimiz yetkilileri ile görüşüp teyit almaları, yatış işlemleri sırasında hastanede bekleyerek zor durumda kalmamaları açısından önemlidir.

Operatör doktor ve ekibine ödenecek ücret: Anlaşmalı sağlık kuruluşunda yapılan bir ameliyat için operatör doktor ve ekibi (Asistan, anestezi uzmanı vb.) dışarıdan getirildiği takdirde, operatör doktor ve ekibine ödenecek ücret, poliçede belirtilen ödeme oranları dahilinde anlaşmasız kurum limitinden düşülecek ve en fazla, ameliyatın yapıldığı sağlık kuruluşunun sigortacıyla yaptığı sözleşmede belirtilen kadrolu doktor ücreti kadar olacaktır.

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında ya da muayenehanelerde yapılan ameliyatlarda operatör doktora ve ekibine (asistan, anestezi uzmanı vb.) ödenecek ücret, poliçede belirtilen ödeme oranları dahilinde anlaşmasız kurum limitinden düşülecek ve Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutar kadar olacaktır.

Aynı seansta birden fazla ameliyatın yapılması ve bu ameliyatlardan bazılarının sigorta kapsamına girmemesi halinde, kapsama girmeyen ameliyat veya ameliyatlara ilgili giderler karşılanmaz.

Hastane koşullarında yapılan kateterli koroner anjiyografi girişimine, dış gebelik operasyonuna ve ESWL operasyonuna (Böbrek taşı kırılması) ait giderler ameliyat teminatından ödenir.

Yurt içinde anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında yapılan ve TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında adı geçmeyen ameliyatlara için ödenecek ücret, poliçede belirtilen ödeme oranları dahilinde anlaşmasız kurum limitinden düşülecek ve anlaşmalı kurumlar içerisindeki emsal teşkil eden hastane ile şirketimiz arasında yapılan anlaşmada belirtilen tutar kadar olacaktır. Ameliyata hazırlık için yapılan rutin pre-op laboratuvar tetkikleri dışında yapılacak olan ek tetkikler Ameliyattan önce sağlık kurumuna yatışı yapılmış olsa dahi, poliçede varsa Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında işleme alınır.

3.1.2.2. Hastane oda-yemek-refakatçi giderleri

Sigortalının yatarak tedavi görmesi halinde, sağlık kuruluşlarında yatarak tedavisini gerektiren her vakada, her tam gün için oda-yemek-refakatçi giderleri poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Lüks oda veya suit oda gibi odalarda yatış halinde, yatak, yemek ve refakatçi giderleri için, tedavi olunan hastanenin tek kişilik özel oda giderleri kadar ödeme yapılır. Aradaki fark sigortalı tarafından ödenir.

Bir yıllık poliçe dönemi içinde hastanede yatış süresi 180 gün ile sınırlıdır. 180 günü aşan tedavi giderleri Şirketimiz tarafından karşılanmayacaktır.

3.1.2.3. Yoğun bakım giderleri

Yoğun bakım giderleri, sigortalının sağlık kuruluşlarında yoğun bakım ünitesinde yatışına neden olan vakalarda, toplam yatış süresi olan 180 günden düşülerek, en fazla 45 güne kadar poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

3.1.2.4. İlaç giderleri (Yatarak)

Sigortalının sağlık kuruluşlarında yatışlı tedavisi sırasında kullanılan ilaçların giderleri, poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

3.1.2.5. Kemoterapi ve radyoterapi giderleri

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

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

Kemoterapi ve radyoterapi sonrasında hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan muayene ve tetkiklere ait giderler ilgili teminatlardan ödenir. Kemoterapi teminatından ödenmez.

Anlaşmalı bir sağlık kuruluşunda, o sağlık kuruluşunun kadrolu doktoru olmayan, dışarıdan gelen bir doktora yaptırılan kemoterapi / radyoterapi için, kadrolu olmayan doktora ödenecek ücret, poliçede belirtilen ödeme oranları dahilinde anlaşmasız kurum limitinden düşülecek ve en fazla, işlemin yapıldığı sağlık kuruluşunun sigortacı ile yaptığı sözleşmede belirtilen kadrolu doktor ücreti kadar olacaktır.

Kemoterapiye bağlı oluşabilecek yan etkiler, bu teminat kapsamında karşılanmaz. Gerekli tıbbi tedaviler ilgili teminatından karşılanacaktır.

Dışarıdan gelen doktor, bu ücretten daha fazla ücret talep ederse aradaki farkı sigortalı ödeyecektir.

3.1.2.6. Diyaliz giderleri

Diyaliz ile ilgili giderler -doktor, oda-yemek-refakatçi, ilaç, tanı birimleri, şant açılması vb. tüm giderler- poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

Sigortalıya, anlaşmalı bir sağlık kuruluşunda, o sağlık kuruluşunun kadrolu doktoru olmayan, dışarıdan gelen bir doktor tarafından diyaliz yapılırsa, kadrolu olmayan doktora ödenecek ücret, poliçede belirtilen ödeme oranları dahilinde anlaşmasız kurum limitinden düşülecek ve en fazla, işlemin yapıldığı sağlık kuruluşunun sigortacı ile yaptığı sözleşmede belirtilen kadrolu doktor ücreti kadar olacaktır. Dışarıdan gelen doktor, bu ücretten daha fazla ücret talep ederse aradaki farkı sigortalı ödeyecektir.

Yurt içinde anlaşmalı kuruluşlar dışında yapılan diyalizlerde, doktora ödenecek ücret, poliçede belirtilen ödeme oranları dahilinde anlaşmasız kurum limitinden düşülecek ve TTB'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirlenen tutar kadar olacaktır.

3.1.2.7. Rehabilitasyon giderleri

Bu teminat sigortalının yatış endikasyonu ile yatarak fizik tedavisi gerektiğinde devreye girmektedir. Teminat kapsamında bir rahatsızlığa ilişkin tıbben yatarak gerçekleştirilmesi zorunlu olan rehabilitasyon giderleri sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve Prive Sigorta Provizyon Merkezi'nin onaylanması halinde; poliçede belirtilen limit ve katılım payı oranında değerlendirilir. Bu limit dışında ayrıca oda-yemek refakatçi, doktor takibi vb. teminatlar yürürlüğe girmez.

3.1.3. Diğer Teminatlar

3.1.3.1. Evde bakım giderleri

Sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi halinde, gerektiğinde sigortacının görevlendireceği ikinci bir doktor veya doktorların da onaylaması şartıyla, Sigortalının kendi evinde bir hemşirenin bakımı altına alınması halinde oluşan masraflarını poliçede belirtilen teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin eder.

Sigortalının Evde Bakım Teminatı'ndan yararlanabilmesi için, trakeostomili, sık orotrakeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN / IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatöre bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları ve ağır protokolünün uygulanıyor olması gereklidir. Sigortalının, günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, inkontinans ya da immobilize olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, ağız yolu ile ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor olması, üriner kateterinin olması, evde yalnız yaşıyor ve sosyal desteğe gereksinimi olan kronik hastalığı olması Evde Bakım Teminatı kapsamına girmez. Sigortalının bakımını üstlenecek hemşirenin sağlık eğitimi veren resmi devlet okullarından veya yurt dışındaki muadili sağlık eğitim kurumlarından mezun olmuş olması ve sigortalıyla akrabalık ilişkisinin olmaması gerekmektedir. Seçilen planda "evde hemşire bakımı" teminatı var ise şirketimizin anlaşmalı bulunduğu kurumdan teminat tablosunda belirtilen limitler ve gün sayısı ile sınırlı olacak şekilde hastane tedavisi teminatından karşılanır.

3.1.3.2. Suni uzuv giderleri

Sigorta süresi içinde; meydana gelen kaza sonucu kaybolan organı yerine koyma amacıyla yine sigorta süresi içerisinde takılan protezler (suni el, kol, bacak, göz veya hastalık sonucu gerekli olacak (meme) protezi) ve suni uzva ait giderler, bu teminat ve limitleri dahilinde karşılanır.

Suni organ için yapılacak tıbbi ve cerrahi müdahaleler bu teminat kapsamı dışındadır. Bu teminata gözlük-cam-çerçeve, lens, diş protezleri, tekerlekli sandalye masrafları dahil değildir. Ameliyat

esnasında kullanılan protezler bu teminattan değil ilgili diğer teminatlardan (yatarak-ayakta tedavi teminatı vb) poliçede yazılı limit uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır.

Sözleşme kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi operasyonu sonrası, gerekli olan meme protezlerine ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir. Ancak, protez uygulaması dışındaki diğer rekonstrüksif cerrahi giderleri kapsam dışındadır. Sigorta başlangıç tarihinden önce var olan maluliyetler için kullanılacak suni uzuvlar, var olan suni uzuvların yenilenmesi dahil diş protezlerine ilişkin giderler de teminat kapsamı dışındadır.

Ayrıca ameliyat, oda-yemek-refakatçi, doktor takibi, yatışlı ilaç, yatışlı tanı vb. diğer teminatlar yürürlüğe girmez.

3.1.3.3. Yardımcı tıbbi malzeme teminatı

Sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu sigortalıya uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel: atel (orthez, brace, aktif ankle, bon spur ped), ortopedik tabanlık, walker, elastik bandaj, kol askısı, korse, varis çorabı, nebulizatör, işitme cihazı, boyunluk, dizlik, bileklik, oturma simidi, yanık tedavisinde kullanılan örtüler ileostomi torbası, koltuk değneğinden ibaret tıbbi malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Yukarıda sayılanların dışındaki yardımcı tıbbi malzemeler kapsam dışındadır.

3.1.3.4. Trafik kazası sonucu dış tedavisi giderleri

Bu teminat sadece poliçelerinde trafik kazası sonucu dış tedavisi teminatı olan sigortalılar için geçerlidir. Sigortalının trafik kazası sonucu dış tedavisi ile ilgili giderleri, T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş hastane, klinik ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli diş doktorlarınca yapılması halinde poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Trafik kazası sonucu hasar gören dişlerin her türlü tedavi giderleri (Diş ve diş eti cerrahisi dahil) diğer teminatların kapsamı dışındadır. Trafik kazası sonucu meydana gelen diş rahatsızlıklarına ait tedavi giderlerinin ödenebilmesi için, sigortalının kazayı takip eden 90 gün içinde tedavisini yaptırmış olması; trafik kaza raporu ve dişlerin hasar gördüğüne dair adli raporun fatura ile birlikte sigorta şirketine ibraz edilmesi gerekmektedir. Trafik kazası sonucu dişlerin uğradığı hasarların giderilmesi dışındaki dış tedavilerine ait giderler ödenmez.

Trafik kazasına bağlı dış tedavisine ait giderlerin ödenebilmesi için doktor ücretine ait fatura ya da serbest meslek makbuzu ile hangi dişin tedavi edildiğini gösteren ağzın grafik şemasının gönderilmesi gerekmektedir. Sigorta şirketi isterse ayrıca ağzın röntgenini ve tedaviyi yapan doktorun ayrıntılı raporunu isteyebilir.

3.1.3.5. Kara ambulansı

Sigortalının T.C. sınırları içerisinde teminat kapsamındaki bir hastalık veya kaza nedeniyle acil vakalarda bulunduğu yerden anlaşmalı ambulans ya da anlaşmalı ambulans hizmetinin bulunmaması durumunda yerel ruhsatlı bir kara ambulansı ile en yakın tam teşekküllü hastaneye taşınması için yapılan masraflar teminat tablosunda belirtilen ilgili teminat, limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. Anlaşmasız yerel ambulans kullanılması durumunda teminat limiti aynı mesafe için geçerli anlaşmalı kara ambulans ücreti ile sınırlıdır.

Police kapsamında "Acil Vaka" olarak değerlendirilecek durumlar aşağıda liste halinde belirtilmiştir: Suda boğulma, trafik kazası, yüksekte düşme, uzuv kopması, elektrik çarpması, donma, soğuk çarpması, ısı çarpması, ciddi yanıklar, göz yaralanmaları, zehirlenmeler, anafilaktik tablolar, omurga ve alt ekstremitte kırıkları, miyokard enfarktüsü, hipertansif ensefalopati, akut serebrovasküler atak, ani felçler, şeker ve üre komaları, akut masif kanamalar, akut böbrek yetmezliği, menenjit, ensefalit, beyin apsesi, solunum yollarında yabancı cisim, yüksek ateş (39,5 derece ve üzeri).

4. BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen bekleme süresine giren hastalıklar ile ilgili tüm teşhis, tedaviler ve komplikasyonlar, ilk doktor muayene dışındaki ayakta tedavi ve yatarak tedavi ile ilgili sağlık giderleri, aşağıda belirtilen bekleme sürelerinin tamamlanması halinde (Triyaj uygulamasındaki kırmızı alan / Acil durumlar hariç) teminat kapsamına alınmaktadır.

Bu ürün için bekleme süreleri; Ayakta tedavi teminatları için police süresinin yarısı, yatarak tedavi teminatları için ise police süresinin dörtte üçü kadardır. (Bekleme süresi, 1 yıllık polişeler için ayakta tedavilerde 6 ay, yatarak tedavilerde ise 9 aydır.)

- 1) Anorektal hastalıklar (hemoroid, anal fissür, fistül, anal abse, vb.), sfinkterotomi, sinüs pilonidalis (kist dermoid sakral), kist hidatik,
- 2) Her türlü fitik, (göbek, kasık, mide, omurga, bel fitiği, boyun fitiği, karın içi organ fitiği, vb.)
- 3) Tiroid ve Paratiroid,
- 4) Tüm gastrointestinal sistem hastalıkları, karaciğer hastalıkları, safra kesesi ve safra hastalıkları, pankreas ve dalak hastalıkları, kolonoskopi, gastroskopilerde polipektomi,
- 5) Selim vokal kord hastalıkları, işitme kusuru ile ilgili tüm giderler (kulak tüpü takılması, timpanoplasti, vb),
- 6) Bademcik, geniz eti hastalıkları ve burun polipleri, sinüzit ve kafa sinüs hastalıkları,
- 7) Her türlü kitle, lezyon (tümör, lipom, siğil, verrü, nevüs, polip, nodül vb.), kist (higroma, ganglia, deri, deri altı, böbrek, vajinal vb.),
- 8) Katarakt, glokom, keratokonus, retina hastalıkları,
- 9) Sinir sistemi hastalıkları,
- 10) Meme hastalıkları, rahim ve yumurtalık hastalıkları, stres inkontinansı, sistorektosel, endometriozis, bartholin kisti, over ve tuba hastalıkları (miyom, endometriozis vb.), prolapsus uteri ve kadın üreme organlarının deformasyonu sonucu gerçekleşecek her türlü sağlık harcamaları,
- 11) Tetik parmak (Trigger finger), çekiç parmak, her türlü tuzak nöropati, ganglion kisti, kistik higroma, morton nöroma, karpal tünel sendromu,
- 12) Üriner Sistem Hastalıkları (Üriner sistem taşı (ESWL dahil), prostat hastalıkları(TUR dahil), mesane hastalıkları, diyaliz ile ilgili sağlık harcamaları vb.) ve hidrosel,
- 13) Her türlü kronik hastalık (hipertansiyon, koah, diabetes mellitus vb.)
- 14) Omurga ve disk hastalıkları, faset denervasyon, sinir blokajı,
- 15) Her türlü organ yetmezlikleri, organ nakli tanı ve tedavi giderleri),
- 16) Tansiyon hastalıkları, diabet, KOAH, astım, bağ dokusu hastalıkları, tüm romatolojik ve otoimmün hastalıklar (multipl skleroz, SLE, romatoid artrit vb.), sarkoidoz,
- 17) Kalp ve kalp damar sistemi hastalıkları, beyin damar, boyun damar, periferik damar hastalıkları, varis,

- 18) Bütün endoskopik ve girişimsel-invazif teşhis işlemleri, (ERCP, laporoskopik, artroskopik vb. işlemler.),
- 19) Her türlü kanser tedavisi (kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi ve diğer giderler),
- 20) Fizik Tedavi ve rehabilitasyon,
- 21) Tüm eklem hastalıkları (diz, omuz, kalça, dirsek benzeri tüm küçük, orta ve büyük eklemler), menisküs lezyonu, bağ, tendon yırtıkları vb.
- 22) Aplastik anemi, ITP (İmmun Trombositopenik purpura),
- 23) Algoloji uygulamaları,

5. POLİÇENİN KAPSAMI DIŞINDAKİ HALLER

Gerçekleşme nedeni ne olursa olsun, aşağıda belirtilen haller ile ilgili her türlü gider (Doktor muayene, tetkik vb.) poliçe kapsamı dışındadır:

- 1) Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
- 2) Sigortalıların, poliçelerinde de belirtilen ve kapsam dışı bırakılan hastalıklarına ve bu hastalıkların komplikasyonlarına ait giderler,
- 3) Belirtisinin/bulgusunun ve/veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (komplikasyonlara) ilişkin tüm giderler, ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalarla ilgili giderler,
- 4) Alkol ve madde bağımlılığı tedavileri ile ilgili giderler, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı sonucu meydana gelen rahatsızlıklara ve kazalara ilişkin giderler, ehliyeti olmayan sigortalıların araç kullanırken kaza yapmaları sonucunda oluşan her türlü sağlık giderleri, kavgaya karışma, bilerek ve isteyerek kendine zarar verme sonucu oluşan tedaviler ile ilgili giderler vb.,
- 5) Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar,
- 6) Sigortalının kazaen yaralanmasının gerektirdiği müdahaleler dışındaki her türlü estetik amaçlı yapılan müdahaleler, varis sklerozan tedavisi (skleroterapi); kozmetik amaçlı tedaviler, alopesi (saç dökülmesi), saç ekimi, hirsutizm (kılınma), jinekomasti tetkik ve tedavileri vb., meme küçültme ve büyütme; ortooptik tedavi, deri nemlendirici ve temizleyici preparatlar, tatlandırıcılar; şişmanlık tetkik ve tedavisi, diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç vb. maddeler, asteni, şifa kürleri, çamur banyoları, karantina, akupunktur, masaj, mezoterapi, hidroterapi, manyetoterapi, ses ve konuşma terapileri vb.; huzurevi, sanatoryum, kaplıcalar, jimnastik ve güzellik salonları, ayak bakım merkezleri ve poliçede belirtilen "Sağlık Kuruluşu" tanımına uymayan kuruluşlardan alınan faturalar; alternatif tıp tedavi masrafları, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan Food And Drug Administration (FDA) kurumundan onay almamış ya da halen deneysel aşamada olduğu kabul edilen tetkik, tedavi, malzeme ve tıbbi cihazlar, gen terapi, Proloterapi, Hacamat, Sülük, anti-aging (geriye yaşlanma) programı, dengeli beslenme ve kişiye uygun diyetegzersiz programları uygulayan sağlık merkezi ve/veya doktorların her türlü muayene, tetkik ve tedavi giderleri, anti-aging uygulamaları için yapılan her tür tetkik, takip, girişim ve ilaç bedelleri, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy- Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi), metabolik sendrom tanısıyla ilgili her türlü muayene, tetkik ve tedavi giderleri ile bu tedavilerden doğacak her türlü komplikasyonlara ait giderler, hiperhidrozis (aşırı terleme), iyontoforez, botox uygulamaları ile ilgili giderler,

- 7) Poliçede belirtilen "Doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
- 8) Kısırlık tetkik ve tedavisi (Ovülasyon takibi, HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.), medikal ve cerrahi her tür yapay döllenme, üreme organlarıyla ilgili yapısal bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları, cinsiyet değiştirme, her türlü sünnet (Fimozis nedeniyle olsa bile), isteğe bağlı kürtaj, kısırlaştırma, doğum kontrol yöntemlerine ait giderler, yalancı gebelik (psikolojik gebelik) ile ilgili giderler,
- 9) Kısırlığa bağlı olan varikosel tetkik ve tedavilerine ait giderler, spermatosel, kordon kisti ve epididim kistlerinin teşhis ve tedavi masrafları,
- 10) Motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler,
- 11) Genel sağlık kontrolü ve check-up mahiyetindeki doktor muayene giderleri, periyodik kontroller ve doktorun herhangi bir rahatsızlığın araştırılması için istediği, ancak bu rahatsızlıkla ilgili olmayan tetkik giderleri,
- 12) Psikiyatrik hastalık tedavisiyle ilgisi olsun veya olmasın, psikiyatri ilaçları, psikiyatrik hastalıklar, psikiyatri kliniklerinde ve/veya psikiyatri doktorları ve psikologlar tarafından yapılan tetkik ve tedaviler,
- 13) Çocuk mamaları, çocuk bezleri, biberon ve emzikler; her türlü sabun, şampuan ve solüsyon, alkol ve kolonyalar; hidrofil pamuk, termometre, buz kesesi, sıcak su torbası vb. sihi malzemeler; uyku apne cihazı, tekerlekli iskemle, diş protezleri vb. yardımcı tıbbi malzeme ve cihazlar ile telefon, TV masrafları, tedavi için gerekli olmayan malzemeler ve sair idari masraflar,
- 14) 0-6 yaş arasındaki çocukların rutin aşıları dışında kalan aşılar ve bu aşılarla ilgili test giderleri
- 15) Her türlü alerji testi ve alerji aşılarına ilişkin giderler,
- 16) Hepatit markerleri (0-6 yaş arasındaki çocuklar hariç),
- 17) Teminat dışı bir durum nedeniyle ameliyat ve doğum teminatı ile ilgili ödeme yapılmaması halinde, ödenmeyen durum için yapılan her türlü doktor, ilaç, tanı, oda-yemek refakatçi harcamaları ve her türlü harcama,
- 18) AIDS ve HIV virüsüne bağlı hastalıklar ile cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar,
- 19) Organ ve doku nakillerinde vericinin (Donör) masrafları, organ ve doku ücretleri ve organ ve dokunun ulaşım masrafları,
- 20) Profesyonel veya amatör lisanslı sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar, tehlikeli tarzdaki sportif faaliyetlere (dağcılık, tırmanma, rafting, dalgıçlık, paraşütle atlama, yamaç paraşütü gökyüzü kayağı, bungee jumping, sivil havacılık faaliyetleri, deltaplan ile uçmak, planör kullanmak, balon ve bunlarla sınırlı olmayan diğer tehlikeli faaliyetler ile ilgili tüm giderler) katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar,
- 21) Reçetesiz, faturasız ve kupürsüz alınan ilaç bedelleri ile faturasız diğer masraflar,
- 22) Sigortalının tazminat talebinde bulunurken veya tedavi görürken yaptığı ulaşım, konaklama masrafları vb.,
- 23) Hangi nedenle olursa olsun diş hekimleri ve çene cerrahlarınca yapılan muayene, tetkik, diş, diş eti tedavisi ile çene tedavilerine ilişkin tüm giderler (Ancak trafik kazası sonucu oluşan diş giderleri teminat limitleri ve ödeme oranı dahilinde karşılanır),

- 24) Gözlük, cam, çerçeve, lens giderleri; gözde kırılma kusurunun (Myopi, vb.) giderilmesine yönelik müdahaleler ve şaşılık ile ilgili giderler,
- 25) Poliçede yer almayan teminatlara ilişkin her türlü tetkik ve tedavi giderleri,
- 26) Akne (Sivilce), folikülit, komedon, genital siğil ve kondilom, nevüs (Ben), epilepsi (Sara), horlama ve uyku apne sendromuna ait giderler,
- 27) Geriatrik rahatsızlıklar, yaşlılıktan ileri gelen bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve alzheimer hastalığı, Parkinson
- 28) 7 yaşa kadar çocukların kasık fitiği ve hidrosel ile ilgili giderler,
- 29) Pes planus, pes ekinovarus deformiteleri, halluks valgus, halluks rigidus, beşinci parmak valgusu (bunion, bunionette vb.) hastalıklarına ait tüm giderler,
- 30) Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner VCT Anjiyo, Kardiyak MR Anjiyo, triple rule out ve Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen EBT (Elektron Beam Tomografi) konu başlığı altında geçen tüm tetkikler, sanal anjiyo ve sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
- 31) Sigortalıların, birinci ve ikinci derecede yakınlığı olan kişilerin yapmış oldukları muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
- 32) Kordon kanı ve kök hücre alınması, nakli ve işlenmesi ve PRP ile ilgili tüm giderler,
- 33) Tıbbi malzeme ve yardımcı tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne ad ve isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli (robotik cerrahi kullanım-kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler,
- 34) Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi vb. nedenlerle alınan sağlık kurulu raporu için yapılan giderler,
- 35) Normal oda dışındaki odalarda kalınması durumunda, suit ve lüks oda farkı,
- 36) Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
- 37) Her türlü omurga eğriliği (kifoz, skolyoz, vb.),
- 38) Varlığından haberdar olunsun ya da olunmasın, oluşumunda konjenital (doğumsal), yapısal veya genetik kusurların etkili olduğu hastalıklara ait tüm giderler (ör. AVM, Aksesuar İleti yolu/WPW sendromu, ASD, vb.) ve genetik testler,
- 39) 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 98/2 maddesi gereğince, sigortalıların ödemek ile yükümlü oldukları katılım payları ödenmez.
- 40) Türk Ticaret Kanunu'nun 1513. maddesinin 1. fıkrasında yer alan yer alan c ve d bentlerine göre ödenmesi gereken "sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası" ve "sigortalının, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya kararlaştırılan gündelik bakım parası" poliçe kapsamında karşılanmamaktadır.
- 41) Menopoz, Pre-Menopoz, Osteoporoz ve Andropoz ve komplikasyonları ile ilgili teşhis ve tedavi giderleri,
- 42) Metabolik sendrom tanısıyla ilgili her türlü muayene, tetkik ve tedavi giderleri ile bu tedavilerden doğacak her türlü komplikasyonlara ait giderler,
- 43) Sigortalımızın işyeri hekiminin, sigortalımız, sigortalımızın eş ve çocukları için yazacağı her türlü tetkik ve tedaviye ait giderler,
- 44) Otoskleroz teşhis ve tedavisi,

- 45) Normal doğum, sezaryen giderleri, gebelik mutata kontrollerine ait giderler ve gebelik ve doğumun neden olduğu rahatsızlıklara ilişkin giderler (Zorunlu kürtaj, düşük, düşük tehdidi, gebelik kusmaları, doğum sonrası komplikasyonları vb.),
- 46) Prematürite; erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile ilgili sağlık giderleri, kuvöz giderleri,
- 47) Her ne nedenle olursa olsun kadınlarda yumurta toplama ve saklama işlemi ile erkeklerde sperm toplama ve saklama işlemine ait tüm giderler,
- 48) Nazal valv ile ilgili tüm giderler,
- 49) Bina yıkımı, patlayıcı madde nakliyesi, maden işçiliği, rıhtım inşaatı, dinamitleme faaliyetleri sonucunda oluşan mesleki hastalıklar (asbestozis, pnömokonyozis, cıva zehirlenmesi, silikozis, vb),
- 50) Tarifeli uçaklarda biletli yolcu olmanın dışında herhangi bir hava taşıtı ile seyahatin doğuracağı sakatlıklar ve gerektirdiği teşhis ve tedavi masrafları,
- 51) Nedeni ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri,
- 52) Diyabet cerrahisi,
- 53) Siğil, lipom, kist sebace (yağ bezesi) ve bunlar haricindeki iyi huylu cilt ve cilt altı yumuşak doku tümörlerine ait giderler,
- 54) Burun, bademcik, geniz eti, sinüzit, sinüs hastalıklarına ait giderler, septum deviasyonu, konka hipertrofisi, hastalıklarına ait tüm giderler.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Bu poliçeye ait teminatlar sadece Türkiye Cumhuriyeti coğrafi sınırları içinde geçerlidir. K.K.T.C. ve yurt dışında yapılan tedavi ve tanı giderleri karşılanmaz.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARINDA KADROLU OLMAYAN DOKTORLARININ YAPTIKLARI İŞLEMLER

Teminatların hepsi için geçerli olmak üzere, yurt içindeki anlaşmalı sağlık kuruluşlarında sigortalılara kadrolu olmayan doktorların yapacakları tüm tetkik ve tedavi işlemleri için bu doktorlara ve ekibine (asistan, anestezi uzmanı) ödenecek ücret; poliçede belirtilen ödeme oranları dahilinde anlaşmasız kurum limitinden düşülecek ve Prive Sigorta'nın sağlık kuruluşu ile imzaladığı sözleşmede belirtilen ücretler kadar olacaktır. Kadrolu olmayan doktora en fazla staff (kadrolu) hekime ödenecek ücret kadar ödeme yapılabilir.

7.2. ANLAŞMALI OLMAYAN SAĞLIK KURULUŞLARINDA DOKTORLARIN YAPTIKLARI İŞLEMLER

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında ya da muayenehanelerde, doktor ve ekibinin (asistan, anestezi uzmanı) yaptığı tedaviye yönelik işlemler (küçük müdahale, ameliyat, radyoterapi, kemoterapi, diyaliz vb.) ile tanıya yönelik girişimsel tetkikler (kolonoskopi, gastroskopi, sistoskopi, biyopsi, USG eşliğinde biyopsi, anjiyografi, MR eşliğinde anjiyografi vb.) için ödenecek doktor ücreti; poliçede belirtilen ödeme oranları dahilinde ve her durumda TTB kadardır.

7.3. ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARINDA KADROLU OLAN DOKTORLARIN YAPTIKLARI İŞLEMLER

Sigortalıların anlaşmalı sağlık kuruluşlarında kadrolu bir doktora gitmeleri durumunda; herhangi bir sebeple sağlık giderlerini kendilerinin ödemesi gerekirse; kimlik bilgilerini ve Şirketimizden poliçeleri

olduğunu beyan etmeleri ve fatura tutarının sigorta şirketi ile sağlık kuruluşu arasında imzalanan sözleşmeye göre indirimli olarak kesilmesini sağlamaları gerekmektedir.

Şirketimize gönderilen faturalar için; sigortalının hesabına ödeme yapılırken, gidilen sağlık kurumu ile anlaşmalı fiyatlarımız dikkate alınacak, ödeme anlaşmalı kurum fiyatları üzerinden yapılacaktır.

7.4. AMELİYATLARIN SINIFLANDIRILMASI

Poliçede belirtilen teminat tablolarındaki ameliyatların sınıflandırılmasında Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esasları dikkate alınmaktadır.

7.5. ANLAŞMALI KURUM İNDİRİMİNDEN FAYDALANILMASI

Yabancı Uyruklular Sağlık Sigortası sahibi sigortalılarımız, anlaşmalı sağlık kuruluşlarımızda poliçe kapsamı dışındaki yatışsız tedavi giderlerini kendileri öderken, Prive Sigorta'nın anlaştığı indirimli fiyatlar üzerinden ödeme yaparak avantaj elde ederler.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigortalının tedavisi için anlaşmalı kuruma başvurması durumunda, anlaşmalı kurum Şirketimizden provizyon alır ve sigortalı, teminat limitleri dahilinde ödenmesi gereken katılım payını ödeyerek ve ibraname imzalayarak anlaşmalı kurumdan ayrılır. Sigortalının kuruma pasaportun aslı ile başvurması gerekmektedir.

Anlaşmasız kuruma gitmesi durumunda ise sigortalının tedavi giderlerine ait fatura ve gerekli belgeleri Şirketimize ulaştırması gerekmektedir. Tedavi giderleri poliçe özel ve genel şartlarına göre değerlendirilerek ödenmesi gereken tazminat tutarı sigortalının hesabına ödenir.

Sigortalının tedavi giderlerinin ödenmesi için aşağıda belirtilen belgelerin sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir:

- Tazminat Talep Formu (Tazminat Talep Formu'nun ilgili bölümlerinin sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kuruluşu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
- Tüm giderlerin fatura asılları ve fatura dökümleri,
- Yatarak tedavilerde operasyon raporu ve/veya hasta çıkış epikrizi,
- Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
- Tedavi gerektiren durumun trafik kazası sonucu meydana gelmesi halinde, alkol raporu, adli rapor ve trafik kazası raporu; trafik kazası dışında bir kaza olması durumunda ise alkol raporu, adli rapor ve sigortalı beyanı,
- Reçetenin aslı, ilaç kupürleri ve eczaneden alınan kasa fişi veya fatura, (ilaç kupürlerinin reçeteye yapıştırılarak gönderilmesi),
- Sinüzit ameliyatlarından önce sigortalıya ait paranazal sinüs tomografisinin fotokopisi,
- Fizik tedavilerinde, tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb) ve ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin ayrıntılı dökümü),
- Kemoterapi tedavi şeması.

Tazminat ödemeleri sigortacı tarafından 15 (on beş) iş günü içerisinde sigortalının banka hesabına online olarak yapılmaktadır.

Tazminat ödemesine ilişkin bilgiler Sigorta Bilgi Merkezi'ne aktarılacaktır.

9. UYGULAMALARA AİT ÖZEL ŞARTLAR

9.1. YURT DIŞINDA YAPILAN TEDAVİLER

Bu poliçe sadece Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) sınırları içinde geçerli olup, yurt dışında geçerli olmayacaktır. KKTC yurt dışı olarak kabul edilmektedir.

9.2. SİGORTACININ RÜCU HAKKI

Sigortacı, sigortalının veya doktorun yanlış ve/veya eksik bilgilendirmesi yüzünden poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen ödemeler yapmak durumunda kalması halinde, teminat kapsamı dışında yapılan bu ödemeleri sigortalıya rücu ederek tahsil eder. Ayrıca bu uygulama, sigortacının poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen harcamalarla ilgili olarak "Ayakta Tedavi Direkt Ödeme Anlaşması" gereği sigortalı adına "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarına" yapmak zorunda kaldığı ödemeler için de geçerlidir. Sigorta Şirketi'nin herhangi bir nedenle poliçe teminatı kapsamında olmayan bir ödeme yapmış olması, sigortalı tarafından kazanılmış bir hak olarak değerlendirilemez.

9.3. SİGORTALININ DOKTORA MUAYENE ETTİRİLMESİ VE İNCELEME YAPILMASI

Sigortacı, bir tazminat talebinin işlem görmesi sırasında gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı belirleyeceği doktora muayene ettirme hakkına sahiptir. Sigortacı, gerek görmesi halinde, sigortalının sağlık giderlerini ödemediği ya da yatarak tedavisi söz konusu olduğunda yatış onayı vermeden önce inceleme yaptırabilir. Ayrıca, sigorta süresi öncesi ve sonrasında, sigortalının yazılı onayı alınarak, sigortalıyı tedavi eden tüm doktorlar, sağlık kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, kamu kuruluşları ve sigortacılık hizmetiyle ilişkili üçüncü şahıslardan sigortalının sağlık özgeçmişi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını isteme hakkına da sahiptir. Prive Sigorta, sigortalılarının sağlık bilgileri ile ilgili her türlü detayı Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne ve sigortacılık hizmetiyle ilişkili üçüncü şahıslara aktarabilecektir.

9.4. HALEFİYET (HAKLARIN DEVRİ) İLKESİ

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği Prive Sigorta A.Ş. ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanabilmesi için sigortalı, Prive Sigorta A.Ş.'ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür.

Sigortacı, Sigortalı/ Sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları'na veya sigortalı/ sigortalılar hesabına ödediği ancak haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılacak, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı/ sigortalılardan talep edebilir. Sağlık Kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir.

9.5. TAZMİNAT ÖDEMESİNE İLİŞKİN BİLGİLERİN GÖNDERİLDİĞİ KURUMLAR

Sigorta Şirketi, sağlık sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında sigortalılardan almış olduğu her türlü bilgiyi (hasar, teminat detayları, kişisel bilgiler vb.) yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu, SAGMER ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumuna ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi bu bilgilerin resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmektedir.

9.6. UYGULANAN HATALI TEDAVİLER

Sigortalının anlaşmalı kurumda yürütülen tedavisi sırasında oluşabilecek tıbbi hataların her türlü sorumluluğu resmi kurumlarca belirlenen hata oranında anlaşmalı kuruma ve doktoruna aittir. Prive Sigorta'nın tıbbi hatalar nedeniyle hiçbir şekilde sorumluluğu ve doğabilecek zararı tazmin yükümlülüğü bulunmamaktadır.

9.7. YATARAK TEDAVİ ÖNCESİ ÖN ONAY ALINMASI

Sigortalı, acilen sağlık kuruluşlarına yatırılması gereken haller dışında, işlemlerin kolaylaştırılmasını sağlamak amacıyla yatarak tedavi görmesi gerektiğini sağlık kuruluşuna giriş yapmadan birkaç gün önce sigortacıya bildirmelidir. Ayrıca, tazminat taleplerinin fatura tarihinden itibaren 10 gün içinde sigortacıya ulaştırılması işlemleri hızlandıracaktır.

10. BAŞVURU, SİGORTAYA KABUL VE YENİLEME KOŞULLARI

10.1. POLİÇENİN YÜRÜRLÜĞE GİRMESİ

Sağlık sigortası teminatı, sigortalı tarafından doldurulan kabul formunun sigortacı tarafından kabul edilip, risk değerlendirmesinin tamamlanmasından sonra poliçenin tanzim edilmesi ve primin tamamının ödenmesi koşulu ile başlar.

10.2. POLİÇELENĐİRME

Sigorta ettiren/sigortalı adaylarının ilk ve sonradan yapacakları bütün başvuruların, sigortacı tarafından temin edilen başvuru formları ile yapılması, sigortalanacak kişilerle ilgili beyan kısımlarının eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerekir. Poliçede yapılacak her türlü başvuru ve /veya değişiklik taleplerinin yazılı ve ıslak imzalı olması şarttır.

Sigorta ettirenin ve sigortalı adayının daimi ikamet ettiği yerin Türkiye sınırları içerisinde olması zorunludur. Sigorta giriş yaşı hesabı; poliçe başlangıç tarihi ile doğum gün/ay/yılı olarak hesaplanır. İlk Sigortalanma Yaşı 0-60 arası olan kişileri teminat kapsamına alır. Poliçe 65 yaşına kadar yenilenebilir ve 0-65 yaşındaki kişileri teminat altına alır. 18 yaşından küçük çocuklar bu poliçe kapsamında tek başlarına sigortalanamazlar. 18 yaşından küçük çocukların ebeveynlerinden biriyle birlikte poliçe kapsamında yer alması gereklidir. Yeni doğan bebekler, doğum tarihlerini takiben en erken 14. gün itibarıyla poliçe kapsamına alınabilirler. Yeni doğan bebekler ve evlat edinmelerde doğum ve evlat edinme tarihi itibarıyla 15. gün içinde doğum ve evlat edinme tarihinden itibaren 30 gün içinde teklif verebilir ve sigortalanabilir. Ancak bu 30 günlük süre aşıldığı takdirde sigorta ettiren yeni doğan veya evlat edindiği çocuğu bu Sigorta Sözleşmesi'nin yenileme tarihinde teminat altına alabilir.

Sigortalının, poliçenin geçerlilik tarihi içerisinde evlenmesi durumunda, sigortalı kapsamına alınacak eşinin en geç 30 gün içinde başvuru formu doldurması ve evlilik durumunun belgelenmesi halinde evlilik tarihi itibarıyla sigortalanabilecektir. Bu sürenin aşılması durumunda ise teminat başvuru tarihinden itibaren başlatılır.

Aile poliçelerinde iki sigortalı olduğunda %3, üç ve daha fazla sigortalı olduğunda %5 aile indirimi uygulanır.

Bu üründe geçiş kabul edilmemektedir. Sigortalının farklı bir şirkette daha önce sahip olduğu farklı bir sağlık sigortası poliçesi ile var olan kazanılmış hakları bu poliçe için geçerli olmayacaktır.

10.3. SİGORTA SÖZLEŞME SÜRESİ

Sağlık sigortası sözleşme süresi sigortalının yapmış olduğu tercihe göre 1 yıl ya da 2 yıldır. Sigortalının, saat ayrımı olmaksızın poliçede yazılı olan başlangıç tarihinde yapmış olduğu sağlık giderleri teminat limiti, poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Ancak sigortalının, saat ayrımı olmaksızın poliçede yazılı olan bitiş tarihinde, yapmış olduğu sağlık giderleri poliçe kapsamında değildir.

Poliçenin teminatları, poliçede belirtilmiş olan başlangıç tarihinde saat 00:01 itibarıyla başlar, poliçede belirtilmiş olan bitiş tarihinde saat 00:01 itibarıyla sona erer. (Örneğin; Poliçenin teminatları, 01.01.2021 tarihinde saat 00:01 itibarıyla başlar, poliçe bir yıl için düzenlenmiş ise; 01.01.2022 saat 00:01 itibarıyla, poliçe iki yıl için düzenlenmiş ise; 01.01.2023 saat 00:01 itibarıyla sona erer.)

Sağlık sigortası poliçesinin yenileme olarak kabul edilebilmesi için, yeni poliçenin, bir önceki poliçenin vade bitimi tarihi itibarıyla yürürlüğe girmesi gerekmektedir. Süresi sona ermiş, ancak vadesinde yenilenmemiş poliçeler için hakların kaybı söz konusu olabilecektir. Poliçeler, bitimini takiben en geç 30 gün içinde yenilenmelidir.

Sigortanın sona erme tarihinden önce sigortacı tarafından kabul edilen yatışlı tedavi teminatı, sözleşme süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, sadece on gün olmak üzere özel şartlarda belirtilen süreyi ve teminat limitini aşmamak kaydıyla devam eder. Bireysel poliçenin yenilenmesi durumunda ise, ilgili tedaviye ait giderler yeni poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları ile poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

10.4. YABANCI UYUKLULAR BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI POLİÇESİNİN YENİLENMESİ

6454 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu kapsamında poliçesi bulunan yabancı uyruklu kişiler için; bir sonraki sene poliçeyi yenileyip/yenilememe inisiyatifi Prive Sigorta'ya aittir.

Prive Sigorta poliçenin yenilenmesi sırasında, sigortalının sağlık durumuyla ilgili bilgi almayı gerekli gördüğü hallerde sigortalılardan bazı tetkikler yaptırılmalarını isteyebilecektir.

Yabancı uyruklular sağlık sigortası poliçemizde "Yenileme Garantisi" uygulamamız bulunmamaktadır.

Yabancı Uyruklular Sağlık Sigortası poliçesinden, Prive Sigorta'nın bireysel ya da kurumsal sağlık sigortası poliçesine kazanılmış haklarla geçiş olmayacaktır.

10.5. DİĞER SİGORTA ŞİRKETLERİNDEN GEÇİŞLERDEKİ UYGULAMALAR

Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek, yeni dönemde Prive Sigorta'ya Yabancı Uyruklular Sağlık Sigortası yaptırmak isteyen kişilerin kazanılmış hakları Prive Sigorta tarafından devir alınmayacaktır.

10.6. PRİM TESPİTİ

Sigortacı Özel Sağlık Sigortası fiyatlarını birey bazında yaş, cinsiyet, sigorta süresi, geçmiş dönem kullanım oranı (sağlık gideri/prim oranı), teminat yapısı, teminat limiti ve sağlık giderlerinin kullanılacağı il, komisyon oranı, poliçenin yeni iş ya da yenileme olarak düzenlenip düzenlenmediği, enflasyon oranı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Primler gerekli görüldüğü anlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir.

Sigorta ettirenin poliçe primini peşin veya taksitler halinde ödeyebilir. Hangi vade ve tutarlarda ödeyeceği poliçe üzerinde belirtilir ve sigortalı bu ödeme planı doğrultusunda prim ödemelerini yapar.

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

"Sağlık Tarife Primi" ndeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla üç katıyla sınırlıdır.

Sigortacı'nın yenileme dönemleri itibarıyla, indirim ve/veya ek prim oranlarında, kriterlerinde makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

Sigortalının "Sağlık Tarife Primi"ne uygulanacak hastalık ek prim oranı hastalık başına %300'ü geçemez.

Kesintisiz Bireysel Yenileme poliçelerinde indirim hakkı, sigortalının yürürlükteki poliçe döneminde "Tazminat" / "Sağlık Net Primi" (T/P) Oranı dikkate alınarak bulunur.

Yenileme poliçelerinde ek prim, sigortalının yürürlükteki poliçe döneminde "Tazminat" / "Sağlık Net Primi" (T/P) Oranı dikkate alınarak bulunur.

Poliçe yenilendikten sonra, bir önceki poliçe dönemine ait yapılacak tazminat ödemelerinin sigortalının tazminat / sağlık net prim oranını değiştirerek yenilenen poliçenin primini arttırması durumunda Sigortacı oluşacak fark primini, sigorta ettirenden zeyilname ile talep eder veya tahakkuk ettirilecek fark prim tutarını tazminat tutarından düşme hakkına sahiptir.

10.7. POLİÇE ŞARTLARINDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASI

Sigortacı, Poliçe Özel Şartlarını ve Poliçenin Kapsamını değiştirmekte serbesttir. Ancak bu değişiklikler sigortalının sözleşmesinin yenilenme tarihinde ve poliçenin yenilenmesi durumunda yürürlüğe girer.

11. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

11.1. PRİMLERİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN/SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL

Sigorta priminin tamamının, akit yapılı yapılmaz ve en geç poliçenin tesliminin karşılığında ödenmesi gerekir. Aksi kararlaştırılmadıkça, prim ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz. Sigortalılar primlerini sadece kredi kartı ile ödeyebilirler. Kredi Kartı yöntemi dışında yapılan ödemeler prim borcunu ortadan kaldırmaz.

Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesine göre 1431. maddesine uygun olarak istenilen sigorta primini ödemeyen sigorta ettiren mütemerrit olur. Tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağının, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur. Prim tutarı zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır. Bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir.

Sigortalının yazılı olarak poliçesinin iptalini istemesi halinde; 6.6.2014 tarih ve 9 sayılı "İkamet İzni Taleplerinde Yaptırılacak Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Genelgeye" göre; Yabancılar Ve Uluslararası Koruma Kanunu gereğince düzenlenen poliçelerin sigortalının talebi ile sonlandırılabilmesi için aşağıdaki koşulların gerçekleşmesi gerekmektedir.

- İkamet izin süresini kapsayan yeni bir özel sağlık sigortası sözleşmesinin sigorta şirketine ibraz,
- İkamet izninin iptali,
- 5510 sayılı Sosyal sigorta ve Genel Sağlık sigortası Kanunu gereğince Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil olduğunu gösterir belge ibrazı,

- Öğrenciler için alınan ikamet izni poliçesi iptallerinde öğrenci çıkış belgesi (öğreniminin bittiğine dair),
- Ülkeden çıkış tarihini gösterir gerekli belgelerin iletilmesi halinde,
- Vefat durumunda,

Bu koşulların sağlanması halinde İptal talepleri değerlendirmeye alınır. Poliçenin iptal tarihi iptal talebinin sigorta şirketine ulaştığı tarihten itibaren hesaplanır. İptal işlemi için ayrıca sigorta ettiren tarafından düzenlenen ve içeriğinde imza, güncel tarih bulunan iptal beyanının sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir.

İptal nedeniyle iade edilecek tutar, Sigortacı'nın hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır:

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene, sigortacılık ve diğer bağlı olunan ilgili yasal mevzuattan doğan yükümlülüklere aykırı olmamak kaydı ile, iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene, sigortacılık ve diğer bağlı olunan ilgili yasal mevzuattan doğan yükümlülüklere aykırı olmamak kaydı ile, iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

Poliçenin iptal olması veya sigortalının poliçeden çıkması durumunda, Sigortacı'nın sigortalıya verdiği taahhütleri son bulur. İptal işlemi için aşağıdaki koşullardan en az birinin bulunması halinde, sigorta ettiren tarafından düzenlenen ve içeriğinde imza, güncel tarih bulunan iptal beyanının sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir.

11.2.SİGORTA SÜRESİ İÇİNDE VEFAT

Sigorta ettirenin, sigorta süresi içerisinde vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilebilir. Yazılı onayın alınmadığı veya sigorta ettirenin kanuni varislerinin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda, "11.1" maddesinde belirtilen kurallar uygulanır. Bu kurallar uygulanırken sigorta ettiren olarak sigorta ettirenin kanuni varisleri kabul edilir.

Sigortalılardan birinin vefatı halinde, "11.1" maddesinde belirtilen kurallar uygulanır.

Vefat eden sigortalıya ait ödenmemiş sağlık giderleri varsa ödenebilmesi için veraset ilamı ile vergiye ilişkin evrakların, sigortalının kanuni varisleri tarafından Sigortacı'ya iletilmesi gerekir.

11.3.KÖTÜ NİYETLİ UYGULAMALAR SONUCU İPTAL

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin veya sigortalıların birbirlerinin teminatlarından yararlandırılması, sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi veya sigortalı tarafından yarar sağlama amacıyla teminatların kötü niyetli olarak kullanıldığının saptanması halinde, bu durumu yanlış sigorta uygulamalarının tespiti, bildirim, kaydı ve bu uygulamalarla mücadele usul ve esasları hakkında yönetmelik gereğince sigorta bilgi

merkezine bildirmek dışında, sigortacı varsa yaptığı tazminat ödemelerini geri alma ve her durumda prim iadesi yapmaksızın sigorta sözleşmesini / poliçesini feshetmek hakkına sahiptir.

12. SİGORTA ETTİRENİN SORUMLULUĞU

Sigorta Ettiren Sağlık Sigortası Genel Şartlarında belirtilen yükümlülüklerine ilaveten sigortalı olacak kişiler tanımına uygun olarak sözleşme kapsamına alınan kişilerin, artık bu tanıma uymayan konuma gelmeleri halinde bu tarihten itibaren en geç 30 gün içerisinde sigortacıya bildirimini yapmak ve bu kişilerin sözleşme kapsamından çıkışlarını talep etmek zorundadır.

Poliçenin iptal edilmesi veya sigortalının poliçe kapsamından çıkması halinde, poliçe kapsamı dışında kalan bu kişiler adına düzenlenmiş evrakların sigortacıya iade edilmesi sorumluluğu sigorta ettirene aittir. Evrakların tam olarak teslim edilmemesinden doğacak kayıplar sigorta ettirene rücu edilir.

Sigortalının/sigorta ettirenin beyanı gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış ise Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 hükümleri uygulanır. Madde 6'ya göre sigortalının hakları saklı kalmak kaydıyla sigortalı/sigorta ettirenin beyan etmediği hastalıklarını değerlendirme ve şartlı kabul (kapsam dışı, ek prim vb.) teminat kapsamına alma hakkına sahiptir. Sigortacı, poliçenin Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartlarına aykırı olan giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıdan ve/veya sigorta ettiren' den tahsil etme hakkına sahiptir.

Sigorta ettirenin sigortalıdan farklı olması durumunda sigorta ettirenin sigortalıların sağlık durumuyla ilgili tüm bilgileri öğrenerek sigorta sözleşmesini imzaladığı kabul edilir.

13. BİLGİ PAYLAŞIMI VE TEMİNİ

Prive Sigorta, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil ve bunlarla sınırlı olmaması kaydıyla Kişisel Verilerin Korunması Kanunuyla ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve / veya belge temin etme ve paylaşımında bulunmaya yetkilidir. Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığında, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

Sigorta Şirketi, yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu, SAGMER' e işbu sigorta poliçesindeki sigortalılara ait poliçe ve sağlık bilgilerini ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi, iş bu sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında şirketçe alınmış her türlü bilginin (hasar, teminat detayları, sağlık bilgileri, kişisel bilgiler vb) talep edilmesi durumunda resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmiş sayılmaktadır.

14. SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN BİLGİLENDİRMELERİ

Sigortacı, sözleşme süresi başladığı andan itibaren genel bilgilendirme veya sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, prim ödemeleri, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme

yapılması halinde Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır.

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede sigortalı olan kişilerden en az biri ile sigorta ettirene ait cep telefonu veya elektronik posta (e mail) adresinden birinin iletilmiş olması gereklidir.

İletişim bilgileri teklif/poliçede yazılanın değişmesi veya eksik/ hatalı olması durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından Sigortacı'ya bildirim yapılması gerekmektedir.

