

b **NEAR EAST HAYAT**

Sigorta, bugün ve yarın

Sağlık Sigorta

Özel ve Genel Şartları





 **NEAR EAST HAYAT**

Sigorta, bugün ve yarın

NEAR EAST HAYAT SAĞLIK SİGORTASI
ÖZEL VE GENEL ŞARTLARI

SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1 SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

2 TANIMLAR

3 TEMİNATLAR

3.1 Yatarak Tedavi Teminatları

3.1.1 Ameliyat

3.1.2 Ameliyatsız Tedavi

3.1.3 Oda-Yemek-Refakatçi

3.1.4 Evde Bakım ve Tedavi

3.1.5 Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

3.1.6 Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik

3.1.7 Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz

3.1.8 Trafik Kazası Sonrası Diş Tedavisi

3.1.9 Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem Tedavi

3.1.10 Tıbbi Malzeme

3.1.11 Ambulans

3.1.12 Suni Uzun

3.1.13 KKTC'de Tedavisi Olmayan Yatarak Tedaviler

3.1.14 Kontrol Mamografi

3.1.15 PSA Tarama

3.2 Ayakta Tedavi Teminatı

3.2.1 Doktor Muayenesi

3.2.2 İlaç

3.2.3 Aşılar

3.2.4 Röntgen ve Laboratuvar Tetkikleri

3.2.5 İleri Tanı Yöntemleri

3.2.6 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

- 3.3 Doğum Teminatı
 - 3.3.1 Doğum
 - 3.3.2 Gebelik Komplikasyonları
 - 3.3.3 Gebelik Rutin Kontrolleri
 - 3.3.4 Yeni Doğan Kuvöz
 - 3.3.5 Rutin Laboratuvar Tetkikleri
 - 3.3.6 Yenidoğan Bebek Muayene
 - 3.3.7 Doğum Ek Teminatları
 - 3.3.7.1 Yenidoğan Kalça Ultrasonografisi
 - 3.3.7.2 Psikolojik Danışmanlık Hizmeti
 - 3.3.7.3 Diyetisyen Danışmanlık Hizmeti
- 3.4 Diş Teminatı
 - 3.4.1 Diş Tedavi
 - 3.4.2 Diş Dolgu
 - 3.4.3 Diş Çekimi
 - 3.4.4 Diş Muayene
 - 3.4.5 Diş Görüntüleme (Panoramik Diş Görüntüleme)
 - 3.4.6 Diş Temizliği (5 Yaş Üstü)
- 3.5 Gözlük ve Lens Teminatı
- 4 **BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAK EDİŞLERİ**
 - 4.1 Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi
- 5. **TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ DURUMLAR**
- 6. **COĞRAFİ KAPSAM**
- 7. **TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI**
 - 7.1 Limit Uygulaması
 - 7.2 Ödeme / Katılım Payı Uygulaması
 - 7.3 Muafiyet Uygulaması
 - 7.4 Anlaşmalı Sağlık Network'ü
 - 7.5 Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi
- 8. **TAZMİNAT ÖDEMESİ**

- 8.1 Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler
- 8.2 Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi
- 9. **POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ**
- 9.1 Poliçenin Yenilenmesi
- 9.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi
- 10. **PRİM TESPİTİ**
- 10.1 Prime İlişkin Düzenlemeler
- 10.2 Hastalık Ek Primi
- 10.3 Hasarsızlık İndirimi/Tazminat Ek Primi
- 10.4 Poliçenin Yenilenmesi
- 10.5 Tarife Değişiklik Limit Uygulaması
- 10.6 Diğer İndirimler
- 11. **YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ**
- 11.1 Sigortalı Girişi
- 11.2 Başvuru ve Bilgilendirme Formunun Değerlendirilmesi
- 11.3 Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi
- 11.4 Near East Bebek
- 11.5 Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)
- 12. **GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR**
- 12.1 Teminat Değişiklik İşlemleri
- 12.2 Diğer Sigorta Şirketlerinden veya Near East Hayat Grup Sağlık Poliçesinden Geçiş İşlemleri
- 13. **SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI**
- 13.1 Primlerin Ödenmesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal
- 13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalının Sigorta Süresi İçinde Vefatı
- 14. **EKLER**
- 14.1 Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

14.2 Beyan Yüklümlülüğünün ve Sorumluluğunun
Yerine Getirilmemesi

14.3 Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

14.4 Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler

14.5 Rücu ve İstirdat Hakkı

II. SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

Madde 1 Teminat Kapsamı

Madde 2 Teminat Dışı Kalan Haller

Madde 3 Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller

Madde 4 Sigortanın Coğrafi Sınırı

Madde 5 Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

Madde 6 Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yüklümlülüğü

Madde 7 Sigorta Süresi İçinde İhbar Yüklümlülüğü

Madde 8 Sigorta Priminin Ödenmesi, Sigortacı'nın Sorumluluğunun
Başlaması ve Sigorta Ettirenin Temerrüdü

Madde 9 Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının
Yüklümlülükleri

Madde 10 Masrafların Tesbiti

Madde 11 Tazminatın Sonuçları ve Sigortacı'nın Halefiyet Hakkı

Madde 12 Müşterek Sigorta

Madde 13 Sırların Saklı Tutulması

Madde 14 Tebliğ ve İhbarlar

Madde 15 Yetkili Mahkeme

Madde 16 Zaman Aşımı

Madde 17 Özel Şartlar

I. SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Near East Hayat Ltd. (Near East Hayat) sigorta sözleşmesinin yürürlükte bulunduğu süre içerisinde kaza ve/veya hastalık/rahatsızlık sonucu oluşabilecek Sigortalıya ait sağlık giderlerini, poliçede belirtilen teminatlar, limitler, ödeme yüzdeleri, muafiyetler ve Network kapsamında işbu Özel Şartlar ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları, sigortacılık ve sağlık mevzuatı dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır. Poliçe kapsamında yer alan teminatlar, sadece poliçede Sigortalı olarak belirtilen kişiler için ayrı ayrı geçerli olup, poliçede Sigortalı olarak yer almayan kişiler sigorta teminat kapsamından yararlanamazlar.

2. TANIMLAR

Sigortacı

İlgili branşta faaliyet ruhsatı bulunan, KKTC'de kurulmuş sigorta şirkettir. İşbu Özel Şartlara tabi düzenlenen sağlık sigorta poliçelerinde Sigortacı, Near East Hayat'dır.

Sigortalı

Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan ve poliçede ismi yazılı kişi/kişilerdir.

Sigorta Ettiren

Sigorta sözleşmesini yapan ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigortadan doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan gerçek veya tüzel kişidir.

Poliçe

Özel sağlık sigortası sözleşmesini belgeleyen evraktır.

Plan

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında sigorta şirketinin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösteren poliçe üzerindeki bilgidir.

Özel Şartlar/Genel Şartlar

Sigortacı ve kamu tarafından poliçenin ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, ürüne özel kurallar ve şartları içeren belgedir.

Özel ve Genel Şartların güncel hali www.neareasthayat.com web sitesinde yer almaktadır.

Near East Hayat Müşteri Hizmetleri

Sigortalıların her türlü soru, istek, öneri ve şikayetlerini aktarabildikleri (0392) 444 0 634 numaralı telefon hattıdır.

Bireysel Sağlık Sigortası

Bireyin tek başına veya anne, baba, evlenmemiş çocuklardan (evlat edinilen çocuk- lar dahil) oluşan çekirdek ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

Hastalık

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

Rahatsızlık

Bir insanın doktora başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

Mevcut Hastalık/Rahatsızlık

Poliçe'nin başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan her türlü hastalık veya rahatsızlıktır.

Başvuru ve Bilgilendirme Formu

Sigortalı adayına ait bilgileri (kimlik, iletişim, sağlık beyanı, banka hesap numarası), tercih edilen poliçe kapsamını (Network, teminat, limit, ödeme yüzdesi, muafiyet gibi) ve prim ödeme planını içerir. Sözleşmenin müzakeresi ve kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi, sözleşmenin işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen Sigortacı tarafından verilen bilgileri içeren ve sigorta ettiren ve sigortalı adayları tarafından imzalanması gereken formdur. Bu form, Sigortacı için bir teklif niteliğindedir.

Beyan Yükümlülüğü

Sigorta ettirenin/sigortalının, gerek sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında, gerekse sigorta sözleşmesinin devamı sırasında sigortalıların mevcut tüm hastalık/rahatsızlıklarını veya riskin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları bildirme yükümlülüğüdür. Sigorta ettiren/sigortalının, Sigortacı'nın yükümlü olduğu bilgilendirmeleri kendilerine yapabilmesi amacıyla iletişim bilgilerini eksiksiz ve yazılı bildirmesi gerekmektedir.

İstisna

Poliçe başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/rahatsızlıkların) Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucunda poliçe kapsamı dışında bırakılmasıdır.

Sağlık Hizmet Tarifesi

Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Kıbrıs Türk Dışhekimleri Birliği Tarifesi (KTDB) gibi Near East Hayat'ın sağlık hizmeti veren kurumlarla yaptığı sözleşmelerde tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir.

Sağlık Kurumu

KKTC Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel işletmeler veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, doktor muayenehaneleri, eczane gibi kurumlardır.

a) Anlaşmalı Sağlık Kurumu

Near East Hayat'ın sözleşme yapmış olduğu sağlık kurumları ile kurum bünyesinde kadrolu olarak çalışan ve Near East Hayat sözleşme şartlarını kabul eden doktorları ifade eder

b) Network

Network, anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

c) Anlaşmasız Sağlık Kurumu

Sigorta Ettiren'in, poliçelerde tercih etmiş olduğu Network dışında yer alan veya Near East Hayat ile anlaşması olmayan sağlık kurumlarıdır. Poliçede tercih edilen Network'de yer alan bir sağlık kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığı'nca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Near East Hayat sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar da "Anlaşmasız Sağlık Kurumu" olarak değerlendirilir.

d) Yurtdışı Sağlık Kurumu

KKTC sınırları dışında hizmet veren, ilgili ülke mevzuatınca sağlık kurumu özelliği taşıyan hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, eczane gibi kurumlardır. Türkiye ve Kıbrısın Güney kesiminde yer alan sağlık kurumları, yurtdışı sağlık kurumu olarak nitelendirilirler.

Tazminat

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

a) Provizyon/e-Provizyon

Sigorta Ettiren'in tercih etmiş olduğu Network'de yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavileri için karşılanıp karşılanmayacağını gösterir, sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur.

b) Doğrudan Ödeme

Poliçede tercih edilen Network de gerçekleşen sağlık giderleri için, provizyon/e- provizyon alınarak, poliçe şartlarında katılım payı/muafiyet olması durumunda sigortalının sadece bu katılımları ödeyerek hizmet almasıdır. Sigortacı'nın sorumluluğunda olan kısım sigortalı adına ilgili kuruma ödenir.

c) Sonradan Ödeme

Provizyon/e-provizyon alınmaksızın sağlık giderinin sigortalı tarafından önce sağlık kurumuna daha sonra sağlık giderine ait fatura, "Tedavi Masrafları Talep Formu" ve özel şartların "Tazminat Ödemesi" maddesinde belirtilen gerekli belgeleri Sigortacı'ya ileterek, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirme yapıldıktan sonra belirlenen tutarın sigortalının hesabına ödenmesidir.

Tedavi Masrafları Talep Formu

Sigortalı tarafından provizyon/e-provizyon alınmaksızın yapılan sağlık gideri ödemelerinin sonradan ödeme kapsamında değerlendirilebilmesi için, tedaviye ilişkin yapılan ödemeye ait fatura bilgilerinin sigortalı tarafından doldurularak Sigortacı'ya iletilmesi gereken formdur.

Teminat

Sigortacı'nın riskin gerçekleşmesi halinde, sigortalıya vermeyi taahüt ettiği güvencedir.

Limit

Poliçede her bir teminat için ödenebilecek azami yıllık brüt tazminat tutarıdır.

Muafiyet

Tazminat ödemesine konu sağlık giderinin sigortalı tarafından üstlenilen kısmıdır. Muafiyet, tûrüne göre Sigortacı'nın sorumluluğu başlamadan veya her işlemden uygulanabilir.

Ödeme Yüzdesi

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 artakalan kısmın sigortalı tarafından üstlenildiği oranı ifade eder.

Prim

a) Sağlık Tarife Primi

Sigortalının teminatları, ödeme yüzdesi, Network'ü, yaşı, cinsiyeti gibi risk profili kriterlerini dikkate alınarak belirlenen sağlık baz primini ifade eder.

b) Sağlık Primi

Sağlık Tarife primi üzerine her bir sigortalı için varsa hastalık ek primi ile tazminat ek priminin ilave edilmesi ile oluşan prim tutarıdır.

c) Sağlık Net Primi

Sağlık Primi üzerine, poliçe özel şartlarına istinaden hakedilen indirimler ile varsa dönemin kampanya indirimleri uygulandıktan sonra oluşan prim tutarıdır.

d) Toplam Poliçe Primi

Sağlık Net Primi üzerine vergi tutarının eklenmesi sonucu oluşan prim tutarıdır. Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

Hastalık Ek Primi

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

Yeni İş Poliçe

Sigorta Ettiren'in Near East Hayat Bireysel Sağlık Sigorta ürünlerinden birini tercih ederek Sigortalı adına Sigortalı ile sözleşme akdettiği ve Sigortalı'nın kesintisiz olarak yer aldığı bireysel sağlık poliçelerinden ilkidir.

Transfer Poliçe

Sigorta Ettiren'in Near East Hayat Bireysel Sağlık Sigorta ürünlerinden birini tercih etmesi sebebiyle diğer sigorta şirketlerinden veya Near East Hayat Grup Sağlık poliçelerinden geçiş yaptığı Sigortalı adına Sigortalı ile sözleşme akdettiği ve Sigortalı'nın, teminat altına alındığı bireysel sağlık poliçesidir.

Yenileme Poliçe

Sigortalının Near East Hayat Bireysel Sağlık Sigorta ürünlerinde sona eren poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla bir yıl daha teminat altına alınmasıdır.

Zeyilname

Police yürürlüğe girdikten sonra yapılan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen son durumu gösterir ek sigorta sözleşmesidir.

Sigorta Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Near East Hayat'da aralıksız devam eden bireysel sağlık sigortası poliçelerinde yeni iş veya transfer poliçesine ilk giriş tarihidir.

Acil Durum

Ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısıyla geciktirilmesi mümkün olmayacak tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, önemli bir tıbbi sorun olduğuna dair haklı bir tıbbi görüşe yol açan, Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Hizmet Tarifesi referans alınarak hazırlanmış, aşağıda yer alan Acil Durum listesinde belirtilen rahatsızlıklar için, bir hastanenin acil servisinde hizmet almayı gerektiren sağlık durumudur.

1. Akut Miyokard Enfarktüsü
2. Ani Felçler
3. Apandisit
4. Beyin Absesi
5. Boğulma
6. Ciddi Genel Durum Bozukluğu; Yaşlılık, besin yetersizliği, yetersiz bakım uzun süren ağır hastalık vb. nedenlerle kişinin sağlığının tehlike oluşturabilecek derecede bozulması
7. Ciddi İş Kazası
8. Ciddi Travma
9. Diabetik ve Üremik Koma
10. Donma
11. Eklampsi, Preeklampsi
12. Ensefalit (Beyin İltihabı)
13. Epilepsi Krizi
14. Evcil-Vahşi Hayvanların Ciddi Cerrahi Müdahale Gerektiren Isırıkları
15. Gebelik Düşüklerine Bağlı Jinekolojik Hormonal Kanamalar Hariç Her Türlü İç Organ Kanaması
16. Hayati Tehlike Arz Eden Zehirlenmeler
17. Hipertansiyon Krizleri (180/120 mmHg ve üzeri)
18. Her türlü 2. ve 3. Derece Yanıklar
19. Menejit

20. Mide Perforasyonu
21. Renal Kolik
22. Sinir Kopması
23. Sıcak Çarpması
24. Solunum Yollarında Yabancı Cisim Bulunması Sonucu Oluşan Akut Solunum Problemleri
25. Tahriş Edici Gazların Teneffüsü
26. Tahriş Edici Maddelerden Oluşan Ciddi Göz Yanmaları
27. Yılan, Akrep veya Örümcek Sokması Sonucu Oluşan Ciddi Alerjik Tablolar
28. Yüksek Ateş (39 Derece ve üzeri)
29. Başlamış Doğum Faaliyeti
30. Yeni Doğan Komaları
31. Migren ile oluşan kusma veya baş ağrıları
32. Tecavüz

Sigortalının hastalığının acil durum olup olmadığını tespiti yönelik ilk tetkikle poliçe teminatından ödenir. Tespiti yönelik yapılacak ileri tanı tetkikleri acil durum olarak değerlendirilmez.

Delici silahla yaralanmalar, yanıklar, hayvan ısırıkları sonucu acil servise başvuran kişilerin yapılacak bir doz tetanoz aşısı poliçe teminatı çerçevesinde karşılanır.

3. TEMİNATLAR

3.1. Yatarak Tedavi Teminatları

Sigortalılar poliçede belirtilen Network, coğrafi kapsam, teminat kapsamı, teminat limitleri, muafiyeti, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde Yatarak Tedavi teminatlarından faydalanabileceklerdir. Kontrol Mamografi, PSA Tarama gibi ayakta tedavi hizmetleri Yatarak Tedavi'nin altında sunulmaktadır.

Ameliyat, Hastane Oda — Yemek — Refakatçi, Ameliyatsız Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi ve Tetkikleri, Trafik Kazası Sonrası Dış Tedavi, Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem Tedavi, Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Evde Bakım ve Tedavi, Tıbbi Malzeme ile Ambulans liderleri "Yatarak Tedaviler" limiti ve ödeme yüzdesi kapsamındadır.

Sigortalının, aşağıda detayları verilen ameliyatlı veya ameliyatsız olarak hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki doktor (operatör, asistan, anestezi uzmanı gibi), ameliyathane, standart oda, yoğun bakım, yemek, refakatçi, ameliyat sırasında kullanılan her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve tetkiklere (tahlil, röntgen vb.) ilişkin sağlık giderleri, "Yatarak Tedavi Teminatları" kapsamında poliçede belirtilen limit, muafiyet ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir. "Yatarak Tedavi Teminatları" limitsiz olarak tercih edilmiş ise, sigorta yılı içinde hastanede yatış süresi 180 gün ile sınırlıdır. Normal oda yatışları 1 gün, yoğun bakım yatışları 2 gün üzerinden hesaplanarak, toplam yatış süresi olan 180 günden düşülür.

3.1.1. Ameliyat

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı doktor tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri, vücut içi pompalar, kalp pili, ICD (intra cardiac device), meme kanseri ve kaza sonucu estetik ameliyatları, memenin kanser tedavisi sonrasında uygulanacak protez giderleri, ESWT/ ESWL (şok dalga tedavisi) giderleri, Mol Hidatiform ve Dış Gebelik operasyon giderleri "Ameliyat" teminatı kapsamında karşılanır. Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, Sağlık Hizmet Tarifesi'nde değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak teminat (Ameliyat ya da Küçük Cerrahi) belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (doktor ücreti dahil), Sağlık Hizmet Tarifesi'ne göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Teminat dışı kalan işlem için Sağlık Hizmet Tarifesi'ne göre oranlanarak hesaplanan ödenmeyen kısım hasta payı olarak belirlenir.

3.1.2. Ameliyatsız Tedavi

Tedavinin ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda, tedavinin doktor ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak tedavi giderleri, "Yatarak Tedaviler" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.3. Oda-Yemek-Refakatçi

Her tam gün için oda-yemek-refakatçi giderleri poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Standart oda dışında nitelikli 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.

3.1.4. Evde Bakım ve Tedavi

Sigortalının yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten doktoru tarafından evde uygulanması istenen tıbbi tedavi planının, sigortalının hastaneden taburcu olurken Sigortacı tarafından onaylanması ve poliçe yılı içinde en fazla 8 haftaya kadar olmak koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi evde bakım hizmet giderleri ve doktor raporuyla gerekliliği belirtilmiş tıbbi cihaz kiralama giderleri "Evde Bakım ve Tedavi" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.5. Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Sigortalının Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi teminatları kapsamında karşılanan bir kaza veya hastalığına ilişkin ameliyatsız yatış, ameliyat veya yoğun bakım yatışı sonrasında, 60 gün içerisinde başlayan ve tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın poliçede belirtilen "Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Poliçe yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen seans adedi ile sınırlıdır.

Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir. Sadece fizik tedavi sebebi ile uzayan yatışlarda fizik tedavi dışındaki giderler karşılanmaz.

3.1.6. Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik

Sigortalının, Ameliyat teminatı kapsamında karşılanan bir hastalığına ilişkin ameliyatından (yatış öncesi) en fazla 60 gün önce veya sigortalının hastaneden taburcu olmasından en fazla 60 gün sonra aynı hastalığı ile ilgili olmak üzere yapılan Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilen röntgen, laboratuvar tetkikleri ve ileri tanı yöntemlerine ilişkin işlemler ile taburcu olma aşamasında yazılan reçete giderleri, poliçede belirtilen "Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Bu sağlık giderlerine ait gerekli belge ve faturaların ameliyat sonrasında Sigortacı'ya ulaştırılması durumunda, ilgili giderler, "Sonradan Ödeme" kapsamında ödenir.

3.1.7. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz

Tedavi ile Tetkikleri Habis hastalıklar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile diyaliz tedavi giderleri (hastane, ilaç, doktor ücreti) poliçede belirtilen “Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz” teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonlarının takibi için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler poliçede belirtilen “Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.8. Trafik Kazası Sonrası Diş Tedavi

Resmi kurumlarca (adli, idari merciler) düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edildiği durumlarda, sigortalının trafik kazası sonucu oluşan diş ve ağız yaralanmalarında, diş hekimi ve çene cerrahları tarafından gerçekleştirilen diş ve diş eti ile ilgili her türlü tedavi giderleri, poliçede belirtilen “Trafik Kazası Sonrası Diş Tedavi” teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.9. Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem Tedavi

Sağlık Hizmet Tarifesi'nde küçük ameliyat olarak belirtilen cerrahi girişimler (bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama, kriyo ve elektrokoter işlemleri ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biyopsi işlemlerine ait sağlık giderleri, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile Küçük Cerrahi teminatı kapsamında karşılanır. Bu işlemlerin Sağlık Hizmet Tarifesi'ne göre 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise “Ameliyat” teminatı kapsamında karşılanır.

Küçük Cerrahi işlemlerinde “Acil Durum” tanımına uyan ve uygulanacak tedavinin veya işlemin poliçe kapsamına dahil olduğu durumlarda girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilaç, ameliyathane, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı giderleri ve doktor ücretleri de “Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem Tedavi” teminatından karşılanır. Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, Sağlık Hizmet Tarifesi'nde değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak teminat (Ameliyat ya da Küçük Cerrahi) belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (doktor ücreti dahil), Sağlık Hizmet Tarife'sine göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Teminat dışı kalan işlem için Sağlık Hizmet Tarife'sine göre oranlanarak hesaplanan ödenmeyen kısım hasta payı olarak belirlenir.

Ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmasına ve yapılan işlerin Sağlık Hizmet Tarifesi'ndeki birimine bakılmaksızın, yatış süresi 24 saati aşmayan ameliyatsız tedavilere (gözlem/müşahede) ait sağlık giderleri poliçede belirtilen “Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem Tedavi” teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Bu kapsamda yapılacak işlemlerde kullanılacak malzeme, ilaç, doktor ücretleri ile “Acil Durum” tanımına uygun olması ve uygulanacak tedavinin veya işlerin poliçe kapsamına dahil olduğu durumlarda ilgili tetkik giderleri “Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem Tedavi” teminatı kapsamında karşılanır.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, Sağlık Hizmet Tarifesi birimi ile yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın, “Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem Tedavi” teminatı kapsamında karşılanır.

3.1.10. Tıbbi Malzeme

Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisi nin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, aerochamber, nebulizatör, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbası, tekerlekli sandalye (doktor raporuyla kalıcı sakatlığın belgelenmesi durumunda) ve işitme cihazından (cihaz bakımı ve sarf bedelleri hariç) ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen “Tıbbi Malzeme” teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Hastanede yatarak gerçekleşen veya evde bakım sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler ilgili teminatlar (Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi, Evde Bakım ve Tedavi, Küçük Cerrahi) dahilinde karşılanır. Ayakta Tedavi ve Doğum Teminatları kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak poliçede ilgili teminatlar varsa bu teminat kapsamında karşılanır.

3.1.11. Ambulans

Sigortalı, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna nakli için “Alo 153” araması koşulu ile bu hizmetin verilebildiği bölgelerde “Ambulans” teminatından yararlanır. Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, Sigortacı'ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve Sigortacı'nın onayı ile hava veya deniz ambulans hizmeti Sigortacı tarafından verilir.

3.1.12. Suni Uzuv

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu kaybolan organını yerine koyma amacıyla yine sigorta süresi içerisinde takılan protezler ile bu protezlerin bakımları ve vücuda implante edilen cihazlardan; PCA, koklear implantlar, insülin pompası ve gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi ve Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile poliçede belirtilen "Sunı Uzuv" teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

3.1.13. KKTC 'de Tedavisi Olmayan Yatarak Tedaviler

Hastalığın tedavisi için gerekli tıbbi teknoloji ve bilginin KKTC 'de mevcut olmadığı yönünde sağlık kurulu kararının bulunması kaydıyla Yatarak Tedavi teminatı limitsiz olan planlar da yurt dışı için poliçede belirtilen limit kadar ek yurtdışı Yatarak Tedavi teminatı, Poliçe Özel ve Genel Şartları çerçevesinde yürürlüğe girer. Söz konusu tedavi için gerekli tıbbi teknoloji ve bilginin KKTC'de bulunup bulunmadığı üç hekimden oluşan bir sağlık kurulu kararıyla belirlenir. Sağlık kurulu sigortalıyı tedavi eden hekim, sigorta şirketi tarafından belirlenen hekim ile bu iki hekimin onayı ile belirlenecek üniversitede ilgili branşta öğretim görevlisi olan üçüncü bir hekimden oluşur. Sağlık kurulu'nun tedavinin KKTC'de yapılamadığı konusunda çoğunluk oyuyla karar vermiş olması gereklidir.

3.1.14. Kontrol Mamografi

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü olan kadın sigortalıların yaptıracakları kontrol mamografiye ilişkin ücretleri, yılda bir defaya mahsus olmak üzere "Anlaşmalı Kurum" dan önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.1.15 PSA Tarama

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü olan erkek sigortalıların yaptıracakları PSA taramasına ilişkin ücretleri, yılda bir defaya mahsus olmak üzere "Anlaşmalı Kurum" da önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.2. Ayakta Tedavi Teminatı

Ayakta Tedavi Teminatı, poliçede tercih edilmiş olması kaydıyla geçerlidir. Sigortalılar poliçede belirtilen Network, coğrafi kapsam, teminat kapsamı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde Ayakta Tedavi Teminatı'ndan faydalanabileceklerdir.

Doktor Muayene, ilaç, aşağıda belirtilen Aşılar, Röntgen ve Laboratuvar Tetkikleri ve İleri Tanı Yöntemlerine ait giderler poliçede tercih edilmeleri kaydıyla belirtilen "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri kapsamında karşılanır.

3.2.1. Doktor Muayenesi

Sigortalının bir kaza, rahatsızlık veya hastalık nedeniyle tanı ve tedavisi için doktor tarafından yapılacak muayeneler ile ilgili giderler "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

3.2.2. İlaç

Doktor tarafından sigortalının tedavisi için gerekli görülen ilaçlar ile ilgili giderler Poliçe Özel Şartları dahilinde kullanımının poliçe süresi içerisinde olması her bir ilaç kalemi için en fazla 60 günlük doz olacak şekilde, "Ayakta Tedaviler" teminat limiti, ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır. Reçete tarihi ve ilaçların alınma (fatura/fiş) tarihi arasında 10 günden fazla fark bulunması durumunda, reçete giderleri teminat kapsamı dışındadır. Tedavi için hayati önem taşıyan ve KKTC'de muadili olmayan ilaç giderleri, kullanımının poliçe süresi içerisinde olması ve Sigortacı'nın onay vermesi koşuluyla, ilgili teminatlar kapsamında karşılanır.

3.2.3. Aşılar

Hepatit B 0-6 ay 3 doz,

DaBTIPVHIB (5'li Karma) 2,4, 6 ve 18 ay 4 doz,

daBTIPV(4'lü Karma) 4-6 yaş 1 doz,

dT(dbT) 10-20 yaş 2 doz,

OPV / Çocuk Felci 6-18 ay 2 doz,

Pnömonokok / KPA 2, 4, 6, 12-15 ay 4 doz,

Su Çiçeği 12-15 ay, 4-6 Yaş 2 doz

MMR / KKK (Kızamık/Kızamıkçık/Kabakulak) 12-15 ay 4-6 yaş 2 doz,

Hepatit A 24-30 ay 2 doz,

HPV** 9 yaş sonrası 2 doz 13 yaş sonrası 3 doz olarak yapılır.

Bunlara ek olarak;

Kuduz ve Tetanoz aşıları da her yaş grubu için kapsam dahilindedir

Yukarıda belirtilen aşılar, "İlaç" teminatı kapsamında poliçede belirtilen "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

3.2.4. Röntgen ve Laboratuvar Tetkikleri

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun tetkik isteminde belirttiği kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar tetkikleri ile röntgen (mamografi ve ilaçlı grafipler dahil), ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı yöntemleri ile ilgili giderler "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır. Bu tanı yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri, ayakta ya da yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamındadır.

3.2.5. İleri Tanı Yöntemleri

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun tetkik isteminde belirttiği bilgisayarlı tomografi, eforlu EKG, holter, doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik tetkikler, MR, nükleer tıp, her türlü biyopsiler Smear-yayma, punch veya iğne biyopsisi gibi yöntemler ile tanı amaçlı yapılan küretajlar bu teminatın kapsamında "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır. Karaciğer, böbrek, beyin, mediastinoskopik akciğer biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler, Sağlık Hizmet Tarifesi birimi dikkate alınarak Ameliyat veya Küçük Cerrahi Teminatları kapsamında karşılanır. Anjiyografi (Koroner Anjiyografi Ameliyat teminatı kapsamında karşılanır) ile gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronkoskopi gibi endoskopik tetkikler (yapılan biyopsi ile gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler dahil) ile ilgili giderler de "İleri Tanı Yöntemleri" teminatı kapsamında karşılanır. Bu tanı yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri, ayakta ya da yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamındadır. Yukarıda belirtilmeyen tanı yöntemlerine ait diğer giderler ise "Röntgen ve Laboratuvar Tetkikleri" teminatı kapsamında karşılanır.

3.2.6. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon işlemlerine ait giderler poliçede tercih edilmesi kaydıyla belirtilen "Fizik Tedavi" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri kapsamında karşılanır. Fizik tedavi uzmanı tarafından tedavi planı düzenlenen ve Sigortacı tarafından onaylanan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile ilgili giderler ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır. Poliçe yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen seans adedi ile sınırlıdır. Ancak ayakta tedavi teminatının limitsiz seçilmesi durumunda Anlaşmaz Kurumlarda her bir işlem "Sağlık Hizmet Tarifesi" ile de sınırlıdır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir.

3.3. Doğum Teminatı

Doğum Teminatı, poliçede kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki kadın Sigortalılar için tercih edilebilir. Bu teminat, poliçede tercih edilen Network, coğrafi kapsam, teminat kapsamı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde geçerlidir. Doğum Teminatı'nın yürürlüğe girmesi için, "Bekleme Süreleri" maddesindeki şartlar sağlanmalıdır.

3.3.1. Doğum

Normal Doğum ve Sezaryen poliçede belirtilen "Doğum" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

3.3.2. Gebelik Komplikasyonları

Tedavi Gebeliğin sebep olduğu her türlü komplikasyonlar [hiperemezis, abortus (zorunlu küretaj dâhil), preeklampsi gibi], lohusalıkla ilgili sağlık giderleri, doğum ve sezaryene ait komplikasyonlar, poliçede belirtilen "Gebelik Komplikasyonları Tedavi" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

3.3.3. Gebelik Rutin Kontrolleri

Gebelik öncesi TORCH tetkiki ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler, (TORCH, HIV, amniosentez, NST Down üçlü tarama vb.) gebelik dönemindeki periyodik doktor muayeneleri "Gebelik Rutin Kontrolleri" teminatından karşılanır.

3.3.4. Yenidoğan Kuvöz

Kuvöz, özellikle erken doğmuş ya da yeni doğmuş zayıf, dayanıksız bebeklerin, bulaşıcı hastalıklardan korunması amacıyla yerleştirildiği, belirli sıcaklığı olan aygıttır. Normalden daha küçük doğmuş, prematüre bebeklerde (35 haftanın altındakilerde), solunum sıkıntısı yaşıyorsa, kalp ritminde bir bozukluk varsa, emme refleksi gelişmemişse, çeşitli genetik hastalıkları varsa ve vücut sıcaklığı belli bir düzeyde tutulamıyorsa bebekler kuvöze alınır. Bu işlemler için bir veya çoklu doğumlarda birden fazla bebeğin kuvöze konulması durumunda "Yenidoğan Kuvöz" teminatından karşılanır.

3.3.5. Rutin Laboratuvar Tetkikleri

Rutin Laboratuvar Tetkikleri Teminatı, doğum teminatını kullanmaya hak kazanmış sigortalılara ya da eşlerine aşağıda listelenmiş tetkikleri gebelik süresince temin eder.

Glukoz	Ürik Asit	Tam İdrar Tahlili
Hemogram	Kreatinin	Alfa Fero Protein (AFP)
Kan Grubu	25-oh Vitamin D3	İkili veya Dörtlü Tarama
ALT	TSH	75gr veya 50gr şeker yüklemesi
AST	Free T4	4D Ultrason
HbsAg	Free T3	NST
Anti Hiv	Rubella IgG	APTT, PT
Anti Hbs	Rubella IgM	VDRL
Üre	CMV IgM	Toksoplazma IgM

3.3.6. Yeni Doğan Bebek Muayene

Near East Bebek olarak dünyaya gelen bebeklerin ilk kontrolleri aşağıdaki tetkikler ile teminat altında alınmaktadır. Çoğul doğumlarda teminat her bir bebek için ayrı ayrı kullanılır.

- Doğum Salonunda Bebek Muayenesi
- K Vitamini
- Yenidoğan Tarama Testi
- (Neonatal Tarama, Tandem Mass, Fenilketonüri)
- İşitme Testi
- Hepatit B Aşısı ilk doz
- Doğum Sonrası ilk ay bebek muayenesi
- Kan Grubu Tayini
- Total Bilirubin

3.3.7. Doğum Ek Taminatları

3.3.7.1. Yenidoğan Kalça Ultrasonografisi

Bebeklerde kalça gelişimi hakkında net bilgilerin alınabilmesi için yeni doğan rutin kontrollerine ek olarak kalça ultrasonografisi çekilecektir. Yenidoğan kalça ultrasonografisi ile bebeklerde kalça çıkığı erken teşhis edilerek kolaylıkla tedavi edilebilmesi amaçlanmaktadır. Yenidoğan Kalça Ultrasonografisi teminatı bebeğin ilk 3 ayı içinde kullanılmalıdır.

3.3.7.2. Psikolojik Danışmanlık Hizmeti

Doğum teminatı kullanmaya hak kazanmış sigortalının, lohusalık döneminde kendini anlaması, farkındalık kazanması, problemlerini tanımlaması ve çözüm yolları üretmesi, kapasitesini geliştirmesi, çevresiyle uyumlu ve sağlıklı bir iletişim halinde olması ve kendini geliştirmesi amacıyla uzman kişilerden profesyonel yardım alabilmesi için psikolojik danışmanlık hizmeti teminatı oluşturulmuştur. Psikolojik danışmanlık hizmeti, lohusalık süresince anlaşmalı kurumlardan randevu almak koşuluyla iki kez kullanılabilir.

3.3.7.3. Diyetisyen Danışmanlık Hizmeti

Doğum teminatı kullanmaya hak kazanmış sigortalıya, lohusalık döneminde kişiye özel beslenme planı hazırlayarak sağlıklı beslenmeyi öğretme ve beslenme alışkanlıklarını düzenlemeyi amaçlar. Diyetisyen Danışman sigortalımızın beslenme alışkanlıklarını ayrıntılı olarak gözden geçirir önce vücut yağ, kas, su oranı ve mevcut yağın vücuttaki dağılımını tespit eder; daha sonra, yaş, boy, cinsiyet, fiziksel aktivite ve kan bulguları doğrultusunda 'kişiye özel bir beslenme programı' planlar ve düzenli olarak takibini yapar. Diyetisyen danışmanlık hizmeti, lohusalık süresince anlaşmalı kurumlardan randevu almak koşuluyla iki kez kullanılabilir.

3.4. Diş Teminatı

Diş Teminatı, poliçede tercih edilmiş olması kaydıyla geçerlidir.

3.4.1. Diş Tedavi

Diş hekimi tarafından her türlü muayene, tedavi, ameliyat ve protezler (endodontik, periodontik tedaviler, ile ağız, diş ve çene cerrahisi gibi) poliçede belirtilen "Diş Tedavi" yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Diş Hekimi tarafından düzenlenen reçete ile alınan ilaç giderleri, varsa poliçedeki Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında yer alan "ilaç" teminatı kapsamında karşılanır. Estetik amaçlı diş tedavileri, yardımcı alet giderleri, ortodontik ve pedodontik tedaviler Diş Tedavi teminatı kapsamı dışındadır.

Diş Tedavi Teminatı, Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Diş Hastanesi ve YDÜ Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastanesinin Diş Muayene, Diş Görüntüleme (Panoramik Diş Röntgeni) ve Diş Temizliği (5 yaş üstü) hizmetlerini içerir.

Diş Tedavi Teminatı hemen kullanılabileceğinden bekleme süresi yoktur.

3.4.2. Diş Dolgu:

Diş Dolgu; diş çürüğü, kırık ve çatlak dişlerin tespiti ve fonksiyonunun teminini sağlar. Çürük nedeniyle zarar görmüş bir dişe, normal fonksiyonunu ve görünümünü kazandırmanın bir yöntemidir.

3.4.3. Diş Çekimi:

Bir diş hekimi veya ağız cerrahi tarafından local, genel, intravenöz anestezi ile gerçekleştirilen, dişin kemikteki soket denilen yuvasından cerrahi müdahale ile çıkarılması işlemidir. Poliçe komplike ve normal diş çekimlerini temin etmektedir ancak gömülü diş çekimi teminat haricidir.

3.4.4. Diş Muayene:

Diş Muayenesi Oral diağnoz denilen, ağız bölgesine ait röntgen filmlerinin incelenmesi ve ilgili bölgenin muayene edilerek tanı konma sürecidir. Diş muayenesi ile hastaya uygulanacak tedavi planlanmaktadır.

3.4.5. Diş Görüntüleme (Panoramik Diş Röntgeni):

Üst ve alt çenedeki dişler, komşu doku ve oluşumlar ile sinüslerin tek bir film üzerinde görüntülenebildiği film çekimidir.

3.4.6. Diş Temizliği (5 Yaş Üstü):

Diş temizleme, zamanla dişlerde meydana gelen plağın ve tartarın dişlerden arındırılması, diş üzerindeki lekelerin giderilmesi işlemidir.

3.5. Gözlük ve Lens Teminatı:

Gözlük ve Lens teminatı, poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerlidir. Sigortalının görme kusurunun sürekli kullanacağı numaralı gözlük veya lens ile giderileceğinin göz doktoru tarafından reçete ile belgelendirilmesi durumunda, reçeteye bağlı olarak alınan gözlük cam ve çerçevesi ile lens, lens solüsyonu giderleri poliçede belirtilen "Gözlük ve Lens" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

4. BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAK EDİŞLERİ

4.1. Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süreleri

Aşağıdaki hastalıklar / rahatsızlıklar ile ilgili tüm tedaviler, komplikasyonlar, ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler, 12 ay kesintisiz olarak sigorta kapsamında kaldıktan sonra teminat kapsamına alınır.

Safra kesesi ve / veya safra yolları hastalıkları
Her türlü fıtık
Tuzak nöropatiler (örnek: karpal tünel, tarsal tünel, kubital tünel)
Omurga ve disk hastalıkları
Kist dermoid sacral
Kalp kapak hastalıkları
Ano-rektal hastalıklar (örnek: hemoroid, fissür),
Rahim ve yumurtalık hastalıkları
Kronik bademcik ve geniz eti hastalıkları
Burun polipleri
Restriktif veya Obstrüktif akciğer hastalıkları (örnek: astım, koah)
Kronik kafa sinüs hastalıkları
Diz, omuz, kalça, dirsek, eklem hastalık ve lezyonları (örnek: menisküs, bağ yaralanmaları ve kondral kırıklar),
Katarakt, Refraksiyon kusurları, Glokom
Menopoz
Osteoporoz
Prostat hastalıkları
Her türlü varis
Hidrosetel, Varikosel
Kronik böbrek yetmezliği
Böbrek ve üriner sistem taşları
Tiroid bezi hastalıkları

Ancak,

• Poliçe başlangıç tarihinden önce varolan hastalıklar ile poliçede belirtilmiş olan istisna notlarına ilişkin hastalıklar,

• Teminat Dışı Kalan Haller ve İstisnai Durumlar maddesinde istisnai bir durum belirtilmemiş ise doğumsal hastalıklar, genetik hastalıklar Poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki Sigortalının Doğum Teminatı alabilmesi için gebe olmaması gerekmektedir. Doğum Teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için 6 ay bekleme süresi uygulanmaktadır.

Gebelik Hakedişi hesaplamasında Sigortalı'nın Son Adet Tarihi (SAT) dikkate alınır. SAT'ın poliçe üzerinde belirtilen 6 aylık bekleme süresi sonrasında ve gebelik takibinde yapılan ultrasonografi bulguları ile uyumlu olması gerekmektedir. Poliçede belirtilen 6 aylık bekleme süresi tamamlanmadan başlayan gebelik ile ilgili tüm giderler poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Yenileme döneminde:

- Doğum teminatı almaya ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi, poliçede tercih edilen Network dahilinde yeniden başlayacaktır.
- Network artışı yapılması durumunda bekleme süresi yeniden başlar ve mevcut gebelik için sağlık giderleri ödenmez.
- Sigortalı'nın gebe olması halinde, Doğum teminatı kapsam (örnek; limit, ödeme yüzdesi, teminat kapsam) artışı yapılamaz.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ DURUMLAR

Aşağıda belirtilen durumlar poliçe teminat kapsamı dışında olup Sigortalı tarafından karşılanır. Ayrıca, Sigortacı teknolojik gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini hayati öneme sahip olup olmaması ve alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasına bağlı olarak kapsama alıp almamaya yönelik Teminat Dışı Kalan Haller başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
2. Poliçe başlangıç tarihinden önce varolan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili (tanı ve / veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü sağlık gideri,
3. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi:
 - Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar
 - MS, ALS, Parkinson, Alzheimer gibi hastalıklar
 - Genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık / durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen gebelik takibi hariç),
 - Büyüme ve gelişme bozuklukları
 - 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel
 - Mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları
 - Her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi)
 - Keratokonus
 - Pes planus, halluks valgus
 - Nazal septum deviasyonu, konka hastalıkları, nazal valv yetmezliği
 - Jinekomaği
 - Obesite ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri

4. Erken doğum (prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri, İstisnai Durum: Near East Bebek olan sigortalıların doğum tarihinden itibaren ilk 60 gün içerisinde oluşan erken doğum (prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderlerinin poliçe giriş tarihinden sonraki kısmı Yenidoğan Küvöz Teminatı limit ve ödeme yüzdesiyle karşılanır.

5. Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,

6. Sigarayı bırakma ile ilgili muayene, tetkik, tedavi ve preparatlar (nikotin bandı, sakızı, elektronik sigara gibi),

7. Sigortalının gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,

8. Psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların muayene, nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dahil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider,

9. Yaşlılıktan ileri gelen rahatsızlıklar, bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansial hastalıklar ile ilgili her türlü gider,

10. Aşağıda belirtilen yerlerde veya sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider,

a) Sanatoryum, huzurevi, bakımevi, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider (fizik tedavi dahil),

b) Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp merkezleri, Anti Aging Merkezleri, Sağlıklı Yaşam Merkezleri, Yaşam Koçluğu Merkezleri, Zayıflama Merkezleri, Spor Merkezleri, Ayak Sağlığı Merkezleri, estetik, kozmetik, güzellik ve lazer merkezlerinde yapılan her türlü gider,

c) Lens ve optik merkezlerinde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,

d) İşitme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,

11. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur, ayurveda, hidroterapi, hipnoz, aromaterapi, şifa kürleri, masaj, detoks, mezoterapi, refleksoloji, noralterapi, kayropratik tedaviler, oksiterapi, karboksiterapi, ozonoterapi, PRP (Platelet Rich Plasma - Trombositten Zengin Plazma) ve diğer her türlü geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları,

12. Telenjektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi), estetik amaçlı enjeksiyonlar, nazal valv ile ilgili girişimler, burun estetiği, meme büyültme, küçültme ve estetik operasyonları (meme kanseri sonrası uygulanan estetik tedaviler hariç), aksesuar meme cerrahisi, yağ aldırma(liposuction), karın estetiği (abdominoplasti), yüz gerdirme, göz kapağı ve çevresi estetiği, saç dökülmesi ile ilgili tedaviler, saç ekimi, deri kurumasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti aging) tedaviler gibi her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,

13. Sigortalıya uygulandığı tarihte, yerli veya yabancı otoritelerden (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), tıp fakülteleri ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı) birisi tarafından kabul görmüş olmayan ve /veya haklarında tıbbi cemiyet veya otoritelerin bunların deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem veya gereç üzerinde bir başka kişi veya kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider,

14. Robotik Cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemde özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri,

15. Aşağıda belirtilen tetkikler ve herhangi bir hastalık / rahatsızlık olmadan kontrol ve tarama amaçlı yapılan diğer tetkiklere ait giderler,

a) Doktorun herhangi bir belirti ve / veya şikayet olmadan istemiş olduğu araştırma, kontrol amaçlı, genel sağlık kontrolleri (check up), ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar, koroner BT anjiyografi, koroner arter kalsiyum skorlama testi, kardiyak EBT (Elektron Beam Tomografi) tetkiklerine ait her türlü gider,

b) Herhangi bir tıbbi belirti veya bulgu (sarılık, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi) olmadan yapılan hepatit tetkik giderleri,

c) Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler,

16. Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü apacey,

17. Aşağıda belirtilen ilaç niteliği taşımayan preparatlara ait giderler;

a) KKTC Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar, beslenmeyi destekleyen veya bağışıklığı artıran preparatlar, tıbbi mamalar, ilaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar,

b) Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,

18. Her türlü alerjik hastalıklar için yapılan muayene, tetkik, tedavi ve aşı ile ilgili her türlü giderler,

19. Obezite ve aşırı zayıflık, kilo alamamak, kilo verememek ile ilgili muayene, tetkik ve tedaviler, diyet ve diyetisyen giderleri, vücut / kütle ölçüm testleri, vücut yağ oranı belirleme testleri, gıda intolerans testleri, bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar gibi giderler,

20. Genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, ağız ve diş bakım aparatları, termometre ve vücut ısısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcılı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,

21. Aşağıda belirtilen göz hastalıklarına ilişkin olarak:

a) Gözde kırılma kusurlarıyla (miyopi, hipermetropi, astigmatizm gibi) ilgili her türlü tetkik, ilaç, malzeme (multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) tedavi ve komplikasyon giderleri,

b) Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri (şaşıklık ameliyatları, ortoptik tedaviler gibi),

22. Ses ve konuşma terapileri,

23. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla(AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,

24. Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi,

25. Doğum kontrol yöntemleri ve kısırlığa ilişkin aşağıda detayları belirtilen her türlü işleme ait giderler,

a)Kısırlık (infertilite) tanı, tetkik tedavi ve komplikasyonlarına ait giderler (ovülasyon takibi, tüp bebek, mikroenjeksiyon, histero salpingografi, histerosonografi, spermiyogram, AMH -Anti Müllarian Hormon gibi) ile kısırlıkla bağlantılı varikosel, adezyon (tüp yapışıklığı) tanılarıyla yapılan ameliyatlara ait giderler,

b) Düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler,

c) Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,

26. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),
27. Genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillamatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkümüinata vb.) ve molluscum contagiosum muayene, tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler,
28. Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan doktorun ücreti,
29. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve / veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızığı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi) ile ilgili her türlü gider ile profesyonel sporcu olarak her türlü müsabakaya ve / veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve / veya sakatlıklara ilişkin her türlü gider,
30. Organ, doku nakli ve kan transfüzyonu süreçlerinde vericiye/verici adayına (donöre) ait tetkik, ilaç, girişim, ameliyat ve komplikasyon giderleri, organ ve doku bedeli, koruma ve transfer masrafları,
31. Tıbbi Malzeme ve Suni Uzuv Teminat tanımlarında belirtilmemiş her türlü tıbbi malzeme ve suni uzuv giderleri,
32. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina,
33. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider,
34. Kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanser tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),
35. Yatarak Tedavi Teminatı Limitsiz olan poliçelerde sigorta yılı içinde 180 günü geçen hastanede yatarak tedaviler (normal oda yatışları 1 gün, yoğun bakım yatışları 2 gün üzerinden hesaplanır) ile ilgili her türlü gider,
36. Poliçede olmayan teminat veya teminatlarla ilgili her türlü gider,

37. Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması

38. Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan aşağıda detayları belirtilmiş olan her türlü gider,

a) Sigortalının tanı, tedavi sürecinde yapılırsa dahi her türlü ulaşım ve konaklama giderleri ile yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları,

b) Telefon, internet, televizyon, kafeterya, minibar gibi tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan giderler,

c) Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider.

Poliçe de yer alan teminatlar, teminat tablosunda belirtildiği şekil ve şartlar da tüm dünyada geçerlidir.

Anlaşmalı Network, Anlaşmasız Network ve Yurt Dışı Network olmak üzere üç kurum tipi bulunmaktadır. Her kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitleri poliçe üzerinde belirtilmektedir. Alt teminatlar, bağlı buldukları kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitlerinden düşülerek kullanılır.

İstisnai Durum:

Near East Hayat'da kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış sigortalılar veya "Near East Bebek" olan sigortalıların;

- 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel
- Keratokonus
- Pes planus, halluks valgus
- Nazal septum deviasyonu, konka hastalıkları ile ilgili giderler poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

Ancak herhangi bir klinik şikayeti ve / veya tanısı olmaksızın yapılan her türlü doğumsal (konjenital), genetik anomali ve hastalıkların araştırılması ve taranması ile ilgili tetkikler, her türlü gen haritasının çıkarılması giderleri, Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış sigortalılar ve / veya Near East Bebek olan sigortalılar için de teminat kapsamı dışındadır ve karşılanmaz (Near East Bebeğin yenidoğan rutin tarama tetkikleri hariç).

6. COĞRAFI KAPSAM

Poliçe de yer alan teminatlar, teminat tablosunda belirtildiği şekil ve şartlar da tüm dünyada geçerlidir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1. Limit Uygulaması

Anlaşmalı Network, Anlaşmasız Network ve Yurt Dışı Network olmak üzere üç kurum tipi bulunmaktadır. Her kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitleri poliçe üzerinde belirtilmektedir. Alt teminatlar, bağlı buldukları kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitlerinden düşülerek kullanılır.

7.2. Ödeme/Katılım Payı Uygulaması

Sigortacı, Anlaşmalı Network, Anlaşmasız Network ve Yurt Dışı Network olmak üzere her kurum tipi için poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde ödeme yapar. Ödeme yüzdesinden artakalan katılım payı ise sigortalı tarafından karşılanır.

7.3. Muafiyet Uygulaması

Poliçede belirtilen ve sigortalı tarafından karşılanacak olan muafiyet uygulaması; poliçede Anlaşmalı Network, Anlaşmasız Network ve varsa Yurt Dışı Network için ayrıdır.

7.4. Anlaşmalı Sağlık Network'ü

Anlaşmalı Sağlık Network'ü, Near East Hayat'ın kurumsal internet sitesi olan www.neareasthayat.com adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir. Sigortacının, Network dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkı saklıdır. Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network'te yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur.

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon alınmalıdır. Tercih edilen Network kapsamında, provizyon alınarak gerçekleşen sağlık giderleri için teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde "doğrudan ödeme" sağlanır. Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasında yer alması, bu kişi veya kurumların Near East Hayat tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi bu kişi veya kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Near East Hayat tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Near East Hayat'ın sorumluluğuna gidilemez.

7.5. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi

Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle doğrudan ödeme sürecinde karşılanır.

Near East Hayat ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen "Anlaşmasız Network" teminat limiti ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak sonradan ödeme sürecinde karşılanır.

Yurtdışı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri poliçede belirtilen Yurtdışı Network teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "Sonradan Ödeme" sürecinde karşılanır.

Yatarak Tedavi Teminatları içinde yer alan Kontrol Mamografi, PSA Tarama teminatları poliçede belirtilen Network dışında yapılması durumunda karşılanmaz.

Diş Tedavi Teminatı altında yer alan teminatlar poliçede belirtilen Network dışında yapılması durumunda karşılanmaz.

Yatarak Tedaviler için ön onay aşamasında kullanılan Sigortacı'ya ait form üzerinde doktor tarafından beyan edilmiş tutar ile daha sonra doktor tarafından düzenlenen faturada yer alan tutar arasında farklılık bulunması halinde, Sigortacı, bu iki tutardan daha düşük olanını tazminat hesabında dikkate alacaktır.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

8.1. Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler

Sigortalının poliçe, teminat ve/veya teminatı için geçerli olduğu belirtilmiş Network dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında, Sigortacı'dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderleri, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdelere uygun olarak Sigortacı tarafından sigortalı adına anlaşmalı sağlık kurumuna yapılır. Bu ödemeler doğrudan ödeme sürecinde değerlendirilir.

Sigortalı başvuruda bulunduğu anlaşmalı sağlık kurumuna sigortalı olduğunu belirtmek ve poliçede belirtilen katılım payını ve/veya muafiyetini ödemekle yükümlüdür. Sağlık giderinin önce sigortalı tarafından sağlık kurumuna ve/veya doktora ödenmesi ve daha sonra "Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi" bölümünde açıklanan evraklar ile Sigortacı'ya başvurularak bu giderlerin Tedavi Masrafları Talep Formu ekinde talep edilmesi durumunda masraflar, sonradan ödeme sürecinde değerlendirilerek Sigortacı tarafından karşılanır.

Acil tedaviler dışındaki ameliyat ve tıbbi tedaviler 48 saat önceden anlaşmalı sağlık kurumu aracılığı ile Sigortacı'ya bildirilmediği takdirde doğrudan ödeme işlemi geçersizdir.

8.2. Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi

Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi, sigortalının, detayları aşağıdaki maddelerde yazılı bilgi ve belgeleri eksiksiz şekilde Near East Hayat'a ulaştırmasını takiben Özel, Genel Şartlar ve ilgili kanunlar'da öngörülen süreler içerisinde Sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.

1. Doğrudan ödeme kapsamında yapılan başvurularda:

- Sigortalının doktoru tarafından, tanı ve tedavi bilgilerini içeren Özel Sağlık Sigortaları Hasta Bilgi Formu'nun doldurulması,
- Başvuru ile ilgili varsa tetkik sonuçları, doktor raporları, adli vakalarda ilgili raporlar, reçete gibi belgeler gereklidir.

2. Sağlık giderinin, önce sigortalı tarafından Sağlık Kurumuna ödenmesi durumunda:

Sigortalının bu giderlerini Tedavi Masrafları Talep Formu (TMT Formu) ekinde talep etmesi gerekmektedir. Poliçe kapsamında yer alan sağlık giderleri, anlaşma harici sağlık kurumları için geçerli olan teminat limitleri ve ödeme yüzdelerine uygun olarak Sigortacı tarafından tazmin edilir. Ödeme, poliçede tanımlı veya sigortalının bildirdiği banka hesap numarasına yapılır.

Sağlık giderinin ait olduğu sigortalı adına düzenlenmiş, Tedavi Masrafları Talep Formu (TMT Formu) doldurulmalıdır. Ekinde:

Fatura veya Serbest Meslek Makbuzu aslı

Faturanın alınmadığı durumlarda kasa fişi iletildiğinde, hizmeti alan kişinin netleştirilmesi için yapılan tanı, tedavi raporu ve tetkik sonuçları

Faturada birden çok kalem varsa (Örneğin yatış, muayene, tahlil, röntgen vb.) ayrıntılı fatura dökümleri

Reçete aslı, ilaç küpürlerinin asılları varsa barkodları

Tetkik İstem Formu ve sonuçları (Fotokopi olabilir)

Yatış / ameliyat epikrizi, anamnez raporu, patoloji raporu vb.

Müdahalelerde teşhis / tedavi ile ilgili detaylı doktor raporu

Fizik tedavi ve rehabilitasyon faturalarında, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını belirten rapor (başlangıç ve bitiş tarihi belirtilmelidir)

Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet (sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kaza tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb.

Doğrudan ve sonradan ödeme sürecinde, Sigortacı gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve / veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, yönlendirdiği doktora sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir.

3. Yurt Dışında Yapılan Tedavi Giderleri:

Yurt dışında yapılan tedavilere ait faturaların ve ilgili tıbbi raporların İngilizce, Almanca veya Fransızca dillerinden biri kullanılarak düzenlenmiş olması gereklidir.

Aksi takdirde noter tasdikli Türkçe tercümesi ile birlikte gönderilmelidir. Sonradan ödeme sürecinde talep edilen tıbbi belgelere ek olarak aşağıdaki belgelerde iletilmelidir.

• Sigortalının sağlık giderinin gerçekleştiği tarihlerde yurt dışında olduğuna dair belge (pasaport ön yüzü ve o tarihleri içeren pasaport giriş çıkış sayfa örneği)

• Fatura aslı ve / veya ödemenin yapıldığına dair belgenin aslı

• Son alacak / borç durumunu gösteren belge (bu dökümden ödeme tutarları, indirim tutarları gibi kalemler yer almalıdır)

• Yurt dışında sigortalı tarafından ödenen tedavi giderleri, tedavinin bitiş tarihindeki KKTC Merkez Bankası döviz satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak poliçede belirtilen oranlarda sigortalıya ödenir.

Bir poliçe döneminde yurt dışında kesintisiz 6 aydan daha uzun süreli ikamet söz konusu ise Sigortacının yurt dışında bulunma sebebini sorgulama ve yurt dışında gerçekleşen sağlık giderini ödeme hakkı saklıdır.

9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1. Poliçenin Yenilenmesi

Sigortalının poliçesi aşağıdaki koşullarla yenilenir;

- Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda sigortalının, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almaması ile yenileme haklarının geçerliliğini kaldırması hakları saklıdır.
- Sigortalıların poliçelerinde tercih edilmiş olan teminatlar, network ve teminat detayları, değiştirilmeden yenilenir. Ancak poliçe de tercih edilmiş (örnek: kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, network gibi belirli kriterler) yenileme döneminde geçerli değilse poliçe, en az biten poliçe kriterlerine haiz karşılıkları ile yenilenir.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirme yapılacak poliçe dönemine kadar, Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nda beyan edilen hastalık ve rahatsızlıklar için sigortaya kabulde istisna ve/veya hastalık ek primi uygulanmışsa, bu hastalıklar için tekrar değerlendirme yapılmaz.
- Sigortalının poliçeye ilk defa kabulünden itibaren ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkları için Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirme yapılacak poliçe dönemine kadar, istisna ve hastalık ek primi (sigorta başlangıç tarihi öncesi beyan edilmemiş hastalık / rahatsızlıklar hariç olmak kaydıyla) uygulanmaz.
- Sigortalının poliçeyi otomatik yenileme veya otomatik yenilememe hakkı saklıdır.
- “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” değerlendirmesi yapılmış ancak “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” bulunmayan sigortalılar için, sigortalının her yıl yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapma ve poliçeyi yenileyip yenilememe hakkı saklıdır. Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçedeki tercihlerini değiştirmek istemesi durumunda uygulanacak olan esaslar, “Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar” başlığı altında yer alan “Teminat Değişiklik İşlemleri” maddesinde belirtilmiştir.

Sigortacı'nın, sigortalıdan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimini isteme veya sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırma hakkı saklıdır. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi ve erişim sistemlerinin Sigortacı tarafından ulaşılır olması kaydıyla Sigortacı tarafından, aksi durumda sigortalı tarafından karşılanır.

Yenileme poliçeleri, en geç vade tarihinde, sigorta ettirene/sigortalıya teslim edilmek üzere ilgili satış kanalına iletilir ve sigorta ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemindeki ödeme şekli, yenilemede geçerli olur.

Primin kredi kartı ile ödenmesi durumunda, prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı bilgisi yenileme poliçesine aktarılır. Mevcut Bireysel Sağlık Sigorta poliçesinin satışının durdurulması halinde, bu poliçede devam etmekte olan sigortalıların poliçeleri, bitiş tarihlerine dek devam ettirilir ve yenileme döneminde sigortalılara, en az biten poliçe standartlarına haiz bir poliçe önerilir.

9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Poliçenin Sigortacı tarafından mevcut plan (örnek: kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet gibi belirli kriterler) dahilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür.

Sigortacı, sigortalının kesintisiz olarak üç yıl boyunca Sağlık Sigortasını devam ettirmesi ve sigortalının sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın, maruz kaldığı tüm hastalık / rahatsızlıklarını Sigortacı'ya derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşuluyla, üç yıl sonunda sigortalının geçmiş sigortalılık ve geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumunu ve gelişmeleri esas alarak, her bir Sigortalı için ayrı ayrı olmak üzere ömür boyu yenileme garantisi hakkını değerlendirir ve uygun olanlara ömür boyu yenileme garantisi verir.

Bu değerlendirmeyi yaparken sigortalının ilk sözleşme tarihinde geçerli olan özel şartlar ile ömür boyu yenileme garantisine ilişkin bilgiler dikkate alınır. Söz konusu bilgiler ve değerlendirme şartları sonradan sigortalı aleyhine değerştirilemez.

Yapılan inceleme sonucunda Sigortacı;

- Herhangi bir ek prim veya istisna uygulamadan “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” verebileceği gibi bu esnada, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek prim uygulanması konusunda tekrar değerlendirme yapılabilir,
- Near East Hayat'daki “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkını kazanma tarihinden önce oluşan riskler için hastalık ek primi uygulamak sureti ile de “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkı verebilir, “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkı kazanıldıktan sonra; Sigorta Ettiren'in talebi olmadıkça ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limitleri düşürülmez, sigortalı katılım payları arttırılmaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapılmaz.
- Sigortalının bu hakkı kazanmasından sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından dolayı hastalık ek primi, istisnası uygulanmaz.
- “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” bulunan yenileme poliçelerine tazminat ek primi uygulanmaz.
- Sigortacı tarafından, Ömür Boyu Yenileme Garantisi için risk değerlendirmesi yapılan tarih ile yenilenen poliçenin başlangıç tarihi arasında sigortalı tarafından bilinen ancak Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı yenileme koşullarını tekrar değerlendirerek hastalık ek primi uygulama hakkına sahiptir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özel olup yalnızca bu hakkı kazanmış sigortalı ya aittir, bu hakkı kazanan sigortalılar poliçede ayrıca belirtilir.

Sigortacı, poliçe başlangıç tarihinden sonra poliçeye giriş yapan eş ve / veya çocukları, dahil oldukları poliçe döneminden itibaren üç tam yılı tamamlamalarını müteakip ilk yenileme döneminde Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirmeye alır. Bu değerlendirmede, sigorta başlangıç tarihi ile üç yılın tamamlandığı tarih arasındaki sağlık riskleri dikkate alınır.

Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Network'ünde değişiklik yapma hakkını saklı tutar.

10. PRIM TESPİTİ

10.1. Prime İlişkin Düzenlemeler

Sigortacı, Sağlık Tarife Primini periyodik aralıklarla portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak günceller.

Sağlık Tarife Primindeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla iki katıyla sınırlıdır. Sigortacı'nın yenileme dönemleri itibarıyla, bu maddede yer alan indirim ve / veya ek prim oranlarında, kriterlerinde makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

10.2. Hastalık Ek Primi

Sigortalının Sağlık Tarife Primine uygulanacak hastalık ek prim oranı %200'ü geçemez.

10.3. Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Ek Primi

Hasarsızlık İndirimi Sigortacı'nın bu uygulamanın bulunduğu bireysel sağlık poliçe yenilemelerinde uygulanır. Hasarsızlık İndirimi uygulaması toplam 8 kademedan oluşmaktadır. Yeni iş ve Doğum Teminatı tercih eden transfer sigortalıları, bu uygulamaya giriş kademesinden (1. kademe) başlar.

Sigortalının yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile "Tazminat/Sağlık Net Primi" (T/P) Oranı dikkate alınarak, yenileme poliçesinin kademesi belirlenir. Yenileme poliçe;

T/P oranı %35'ten küçük ise bir üst kademe,

T/P oranı %35 (dahil) ile %70 (hariç) arasında ise aynı kademe,

T/P oranı %70 (dahil) ile %200 (dahil) arasında ise bir alt kademe,

T/P oranı %200'den büyük ise iki alt kademe ile yenilenir.

Her bir kademenin indirim oranı aşağıdaki şekildedir:

Kademe	1	2	3	4	5	6	7	8
İndirim	%0	10	15	20	25	30	35	40

10.4. Poliçenin Yenilenmesi

Poliçe yenilendikten sonra, bir önceki poliçe dönemine ait yapılacak tazminat ödemelerinin sigortalının tazminat / sağlık net prim oranını değiştirerek yenilenen poliçenin primini sigorta ettirenden talep eder.

10.5. Tarife Değişiklik Limiti Uygulaması

Sigortacı, yenilenen poliçelerin yapılan Sağlık Tarife Primi değişikliklerinden aşırı derecede etkilenmesini önlemek amacıyla sigortalının bir önceki yıl Sağlık Tarife Primi ile yenileme dönemindeki Sağlık Tarife Primi arasındaki farkın belirli bir aralık dahilinde kalmasını teminen Sağlık Tarife Primi artış / azalış oranlarına üst ve alt sınır getirebilir.

10.6. Diğer İndirimler

Sigortacı, belirli kurallar veya kampanyalar çerçevesinde sunduğu indirimleri uygulama, indirim oranını değiştirme veya indirimi uygulamadan kaldırma hakkını saklı tutar.

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1. Sigortalı Girişi

Sigorta kapsamına kabulde, Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nda ilgili poliçe kapsamında yer alacak her bir kişinin bilgilerinin bulunması gerekmektedir. Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, KKTC sınırları dahilinde ikamet eden / edecek kişiler sigortaya kabul edilirler.

Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. Aynı poliçe kapsamında sadece çekirdek aile yer alabilir. Çekirdek aile; anne, baba ve / veya bekar çocuklardan ibarettir. İlk başvuru tarihi, 0-64 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilirler.

Çocuklar en az bir ebeveyni ile birlikte sigortalanabilir. 25 yaş ve altındaki bekar çocuklar ise aile poliçesi kapsamında sigortalanmaya devam edebilirler.

11.2. Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun Değerlendirilmesi

Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun doldurulması sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalının beyan yükümlülüğü kapsamında vermiş olduğu beyanları esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceler.

Bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı'nın teklif edilen poliçe kapsamını (Network, teminat, limit, ödeme yüzdesi gibi) değiştirme, istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

Poliçe, Sigortacı'nın başvuruyu kabulü hâlinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer. Sigortacı'nın, hastalık ek prim uygulama kararı alması durumunda sigortalı ilgili sağlık riskinin teminat kapsamı dışında bırakılmasını talep edebilir. Bu talebin Sigortacı tarafından kabul edilmesi halinde, söz konusu karar Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı değerlendirilmesine kadar tekrar değerlendirilmez.

11.3. Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi

Diğer aile bireylerinin mevcut poliçeye girişleri Sigortalı Girişi ve Başvuru ve Bilgilendirme Formu' nun Değerlendirilmesi maddeleri çerçevesinde değerlendirilecek olup yürürlükte olan poliçenin özel şart, teminat, teminatları ve primleri ile geçerli olacaktır.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen tüm sigortalı giriş taleplerinde (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır. Bu prim poliçenin ödemeleri tamamlanmış ise peşin olarak, tamamlanmamış ise kalan vade sayısına bölünerek tahsil edilir.

11.4. Near East Bebek

Sigortalının poliçesinde Doğum Teminatı bulunması ve bu teminattan yararlanmaya hak kazanmış olması koşuluyla, doğan bebekler, doğum tarihlerinden itibaren 60 gün içerisinde Sigortacıya bildirim yapılarak poliçe kapsamına dahil edilmeleri durumunda, bu bebekler Near East Bebek olarak kabul edilirler. Near East Bebek olarak kabul edilen bebeklerin poliçeye girişinde; Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilir.

Teminat Dışı Kalan Haller ve İstisnai Durumlar maddesinde yer alan İstisnai Durum bölümünde belirtilen hastalıklar / rahatsızlıklar sigorta başlangıç tarihi itibari ile kapsam dahilindedir.

- Hastalık ek primi uygulanabilir.
- Doğum tarihinden itibaren ilk 15 günlük süre içerisinde yapılacak başvurularda:
 - Sigorta başlangıç tarihi, doğum tarihi olarak kabul edilir.
 - İstisna uygulanmaz.
- Doğum tarihinden itibaren 16-60'ıncı günler arasında yapılacak başvurularda ise:
 - Sigorta başlangıç tarihi, başvuru tarihi olarak kabul edilir.
 - Doğum tarihi ile poliçeye giriş tarihi arasında geçen sürede ortaya çıkan edinsel hastalıkları için istisna uygulanabilir.

Doğum tarihlerinden itibaren Sigortacıya bildirim yapılmayarak ilk 60 gün içerisinde poliçe kapsamına dahil edilmeyen bebekler, Near East Bebek olarak kabul edilmezler ve bu bebeklerin sigortaya kabulünde; standart yeni giriş kuralları uygulanır.

11.5. Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Poliçe priminin / taksitinin vade tarihinden itibaren 30 gün içerisinde ödenmemesi halinde poliçe iptal edilecektir. İptal edilen bir poliçenin tekrar yürürlüğe girmesi için Başvuru ve Bilgilendirme Formu doldurulması gerekmektedir.

Poliçe iptalinden 30 gün içerisinde meriyet talebinde bulunulan başvurularda Sigortacı'nın poliçeyi tekrar yürürlüğe alma, istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Sigortalıların yenileme dönemlerinde teminatlarını değiştirme veya Near East Hayat Grup Sağlık poliçelerinden çıkışı durumunda bireysel poliçede devam etme veya diğer sigorta şirketlerinden geçiş kuralları aşağıdaki gibidir.

12.1. Teminat Değişiklik İşlemleri

Poliçenin yenilenmesinde, ürün ve teminatlarda değişiklik talepleri, poliçe bitiş tarihi öncesi ve sonrasında 15'er günlük dönemlerde değerlendirilir. Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesindeki tercihlerini (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, network gibi belirli kriterler) genişletmek istemesi durumunda, Sigortacı güncel sağlık beyanı alarak, tekrar risk değerlendirmesi yapar. Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesindeki tercihlerini daraltmak istemesi durumunda, tekrar risk değerlendirmesi yapılmaz, varsa mevcut istisna ve/ veya hastalık ek primi devam eder.

12.2. Diğer Sigorta Şirketlerinden veya Near East Hayat Grup Sağlık Poliçesinden Geçiş İşlemleri

Diğer sigorta şirketlerinde herhangi bir Sağlık Sigorta Poliçesi veya Near East Hayat Grup Sağlık sigorta poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, Bireysel Sağlık sigortalısı olarak devam etmek istemeleri halinde, aşağıdaki koşulların sağlanması gerekmektedir:

- Diğer sigorta şirketinin Sağlık Poliçesi'nin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde Başvuru ve Bilgilendirme Formu doldurularak Near East Hayat'a başvurulmalıdır.
- Diğer sigorta şirketindeki sağlık sigortasında en az 1 tam yıl sigortalı olunmalıdır.

Sigortacı sigortalı adaylarının diğer sigorta şirketlerinde kazanılmış haklarının devamına, beyanları ve diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi Merkezi (SBM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. Sigortacı, Sağlık Sigortası ürününe ait Özel Şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna / hastalık ek primi uygulayarak alma hakkına sahiptir.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

Poliçenin iptal olması veya sigortalının poliçeden çıkması durumunda, Sigortacı'nın sigortalıya verdiği taahhütleri son bulur.

13.1. Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin / Sigortalının Talebi Sonucu İptal

Sigorta Ettiren, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar veya kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini, vade günü bitimine kadar, ödemediği takdirde temerrüde düşer.

Sigorta Ettiren ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak, sigorta ettirene iade edilir. Sigorta Ettiren ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmesi durumunda veya bu 30 günlük süreyi aşan tüm iptal taleplerinde, Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir. İptal nedeniyle sigorta ettirene 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 iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir. Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir. Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen sigortalı çıkışı taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

13.2. Sigorta Ettiren veya Sigortalının Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı

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, " Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal" maddesinde belirtilen kurallar uygulanır.

14. EKLER

14.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Near East Hayat, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde Sigorta Bilgi Merkezi (SBM), Kuzey Kıbrıs Sigorta ve Reasürans 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.

14.2. Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi

Sigorta Ettiren ve sigortalı gerek ilk başvuru aşamasında gerekse sigortalılığı süresi içerisinde sağlık durumundaki değişiklikleri Sigortacı'ya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür. Sigorta Ettiren ve / veya Sigortalının Başvuru ve Bilgilendirme Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut hastalık / rahatsızlıklarının olması halinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa bile poliçe, Sigortacı tarafından iptal edilebilir, bu hastalık ve / veya rahatsızlıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya hastalık ek primi uygulanarak poliçe devam ettirilebilir. Sigortacı, bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı hastalık / rahatsızlıkları, tekrar kapsama almak üzere değerlendirmeyiz. Sigortacı'nın mevcut hastalık / rahatsızlıklara ait giderleri, sigortalı/sigortalılar lehine işlem kolaylığı sağlayan provizyon / e-provizyon aşamasında kabul etmiş olması, sigortalı / sigortalılar tarafından, teminat ve tazminat olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. Sigortacı'nın Poliçe Özel ve Genel Şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi, ihbar tarihi olarak esas alınacaktır.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlanması / yararlandırılması, aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına sokulmasına yönelik suistimal girişimleri ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda, Sigortacı teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

14.3. Sigortalı / Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Sigortacı, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır.

Ancak bu iletişim bilgilerinden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/ sigorta ettiren tarafından Sigortacı'ya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır. Aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda poliçede bilgisi tam olan kişiye bildirim yapılır ve bilgilendirme poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

14.4. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler

"Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar ile Evde Bakım ve Tedavi" teminatları kapsamındaki tedaviler sırasında poliçenin Near East Hayat veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, sağlık giderine konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12:00'ye kadar olan bölümü eski poliçe teminatlarından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait sağlık giderleri ise yeni poliçe teminatlarından karşılanacaktır. Ancak yenilenmeyen veya ilgili hastalık için istisna uygulanan poliçede, bu tedaviler ile ilgili teminatın süresi poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

14.5. Rücu ve İstirdat Hakkı

Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel Şartlarına göre ödediği sağlık giderinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

Sigortacı, Sigortalı / Sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarına veya sigortalı / sigortalılar hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartları'na göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı / sigortalılardan talep hakkı bulunmaktadır.

Sigortalı/sigortalıların ve /veya tedaviyi düzenleyen Sağlık Kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. Sigortacı'nın anılan ödemeye ilişkin e- provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle Sigortacı'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

II. SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

TEMİNAT KAPSAMI

Madde 1 - İşbu sigorta, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve / veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder.

TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Madde 2 - Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve / veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

- a) Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- d) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- e) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- f) Terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve / veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.
- g) Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile
- h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

AKSİNE SÖZLEŞME YOKSA TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER

Madde 3 - Aksine sözleşme yoksa aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve / veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır:

- Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.
2. maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere; 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

SİGORTANIN COĞRAFI SINIRI

Madde 4 - Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

SİGORTANIN BAŞLANGICI VE SONU

Madde 5 - Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, KKTC saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de sona erer.

SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME YAPILIRKEN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Madde 6 - Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir. Sigorta ettiren / sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisine bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin / sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek hallerde;

- Sigorta ettirenin sigortalının kastı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren 1 ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez. Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.
- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren/sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafında iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtasıyla yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Fesih hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esaslı üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

- c) Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.
- d) Sigorta ettirenin / sigortalının kastı bulunmadığı takdirde riziko:
- 1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya
 - 2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut
 - 3- Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse, sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

SİGORTA SÜRESİ İÇİNDE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Madde 7 - Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür. Sigortacı, değişikliği öğrendiği tarihten itibaren, bu değişiklik, sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiriyorsa, 8 gün içinde;

- 1- Sözleşmeyi fesheder veya
- 2- Prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren istenen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur.

Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğ tarihini takip eden 5. iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer. Değişikliği öğrenen sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta sözleşmesinin aynen devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa, fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

SİGORTA PRİMİNİN ÖDENMESİ, SİGORTACI'NIN SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI VE SİGORTA ETTİRENİN TEMERRÜDÜ

Madde 8 - Sigorta priminin tamamının, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa, peşinatın (ilk taksit) akit yapılıp yapılmaz ve en geç poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir. Aksi kararlaştırılmadıkça, prim veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu husus poliçenin ön yüzüne yazılır. Sigorta ettiren kimse, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer ve prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 30 gün içinde dahi ödemediği takdirde sigorta sözleşmesi hiçbir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur.

Prim ödenmemiş olmasına rağmen poliçenin teslimi ile sigortacının mesuliyetinin başlayacağını kararlaştırıldığı hallerde, bu 1 aylık sürenin ilk 15 gününde sigortacının sorumluluğu devam eder. Primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde, taksitlerin kesin ödeme zamanı, miktarı ve vadesinde ödenmemesinin sonuçları poliçe üzerine yazılır veya poliçe ile birlikte yazılı olarak sigorta ettirene bildirilir. Sigorta ettiren kimse, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ya da yazılı olarak kendisine bildirilmiş olan prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Sigorta ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 15 gün içinde ödemediği takdirde sigorta teminatı durur.

Rizikonun gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren 15 gün içerisinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta sözleşmesi hiç bir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur.

Poliçenin ön yüzüne yazılması kaydıyla, rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir. Bu madde uyarınca sigorta sözleşmesinin feshedilmiş sayıldığı hallerde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Madde 9

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı: _____

-Sigorta ettiren / sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren 8 gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.

- Sigorta ettiren / sigortalı söz konusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor olarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

B) Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma: _____

Kaza veya hastalığı müteakip derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır. Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkını haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur. Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır. Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında belirtilen yükümlülükler;

- a) Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.
- b) Kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz.

C) Gerekli belgelerin teslimi: _____

Sigorta ettiren veya sigortalı kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını veya asıllarından şüpheyi davet etmeyecek suretlerini tedaviyi yapan hekim veya hastanece doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

MASRAFLARIN TESPİTİ

Madde 10 - İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder. Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

- a) İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler,
- b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tespit edilir. a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren 7 gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tespit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir.

- c) Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi diğer hakem-bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem bilirkişisini tayin etmez yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişisinin seçimi hususunda 7 gün içerisinde anlaşamazlar ise taraf hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem-bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.

- d) Her iki taraf, üçüncü hakem-bilirkişinin bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.

- e) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tespit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrendiği tarihten itibaren 7 gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.
- f) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tespiti bakımından gerekli göreceklere delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.
- g) Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda vereceklere kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacıya dava edilemez. Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak kararların açıkça gerçek durumdan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren 1 hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.
- h) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliğ tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğerki hakem-bilirkişilerin tayini ile Ticaret Kanunu'nun ilgili maddesindeki ihbar süresi arasında 2 yıllık süre geçmiş olsun.
- i) Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.
- ii) Masraf miktarının tespiti, teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

TAZMİNATIN SONUÇLARI VE SİGORTACI'NIN HALEFİYET HAKKI

Madde 11 - Sigortacı ödediği tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dahil tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir. Sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacının açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur.

MÜŞTEREK SİGORTA

Madde 12 - Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde, bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

SIRLARIN SAKLI TUTULMASI

Madde 13 - Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir. Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla talep edilen bilgi ve belgelerin ihtiyaç ile uyumlu olması ve dorudan bağının bulunması gerekmektedir. Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez. Sigortalı hakkındaki sirlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sirların sakli tutulmasından sorumludur.

TEBLİĞ VE İHBARLAR

Madde 14 - Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak yapılır. Sigorta şirketinin ihbar ve tebliğleri de sigorta ettirenin poliçede gösterilen adresine, bu adreslerin değişmiş olması halinde ise sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye bildirilen son adresine aynı suretle yapılır.

YETKİLİ MAHKEME

Madde 15 - Bu poliçeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu veya hasarın ortaya çıktığı, sigorta şirketi tarafından açılacak davalarda ise davalının ikametgahının bulunduğu yerin ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemesidir.

ZAMAN AŞIMI

Madde 16 - Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler 2 yıllık zaman aşımına tabidir.

ÖZEL ŞARTLAR

Madde 17 - Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klozlara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.

Sağlık Sigortası

*Near East Hayat Yeni
Doğum Teminatlı
Sağlık Sigortası ile,
Hem Anne Hem Bebeğin
Sağlığını Koruyor!*



NEAR EAST HAYAT

Sigorta, bugün ve yarın



b NEAR EAST HAYAT

Sigorta, bugün ve yarın

+90 (392) 444 0 634



 **NEAR EAST HAYAT**
Sigorta, bugün ve yarın