

FİBA ELİT ACİL SAĞLIK SİGORTASI POLİÇE KİTAPÇIĞI

A- ELİT ACİL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

- 1- SİGORTANIN KONUSU
- 2- TANIMLAR
- 3- SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI
- 4- SİGORTANIN SÜRESİ
- 5- SİGORTAYA KABUL
- 6- SİGORTANIN TEMİNATLARI

6.1. Acil Tedavi Teminatı (Yıllık)

6.2. Acil Yardım Teminatı

- 7- TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER
- 8- TAZMİNAT ÖDEMELERİ
- 9- TAHSİLAT ŐEKLİ
- 10- SİGORTA TEMİNAT VE PRİMİNDE DEĞİŞİKLİK
- 11- SİGORTANIN YENİLENMESİ
- 12- ANLAŞMALI KURUM UYGULAMALARI
- 13- POLİÇE İPTALİ
- 14- SİGORTA ETTİREN/SİGORTALININ VEFATI
- 15- SİGORTA SÜRESİNİN SONA ERMESİNDEN SONRAKİ TEDAVİLER
- 16- TEMİNATIN CORAFİ SINIRI
- 17- KONTROL YETKİSİ
- 18- TAZMİNAT TALEBİNDE SİGORTA ŞİRKETİ TARAFINDAN İSTENECEK BELGELER
- 19- ACİL YARDIM TEMİNATI

B- SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

A- ÖZEL ŞARTLAR

1- SİGORTANIN KONUSU

FİBA SİGORTA A.Ş., poliçede/zeyilnamede belirtilen Sigortalı/Sigortalıların, poliçe/zeyilnamede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek işbu Özel Şartlarda tanımlı bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masraflarını, poliçe / zeyilnameye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, TTK, Genel Hükümler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alır.

İşbu Poliçe ile Teminat Altına Alınan Durumlar ve Hastalıklar :

1. Şuur Kaybına Neden Olan Her Türlü Durum
2. MI(kalp krizi), Aritmi, Hipertansiyon Krizler: Geçirilmekte olan kalp krizi, acil tedavi gerektiren kalp ritmi bozukluğu türleri, kan basıncının beyin kanaması vb. ciddi durumlara yol açabilecek derecede yükselmesi.
3. Zehirlenmeler
- 4.Ciddi Genel Durum Bozukluğu: Yaşlılık, besin yetersizliği, yetersiz bakım, uzun süren ağır hastalık vb. nedenlerle kişinin sağlığının genel anlamda tehlikeli olabilecek derecede bozulması.
- 5.Trafik Kazası
- 6.Ani Felçler
- 7.Migren ve/veya Kusma, Şuur Kaybıyla Beraber olan Baş ağrıları
- 8.Astım Krizi, Akut Solunum Problemleri
- 9.Yüksek Ateş: Zehirlenme, infeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konvizyona (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede (Ortalama 39,5 °C ve üzeridir) yükselmesi.
- 10.Ciddi Alerji, Anafilaktik Tablolar: Kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları.
11. Akut Batın: Mide, bağırsak gibi içi boş organların delinmesi, tıkanması ya da düğümlenmesi, iltihaplanması, vb. gibi acil müdahale gerektiren durumlar.
- 12.Yüksekten Düşme
- 13.Ciddi İş Kazaları, Uzuv Kopması
14. Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi: Sinir sistemi fonksiyonları dolayısıyla da yaşamsal fonksiyonları etkileyebilecek, beyin ve beyni çevreleyen zarla ilgili iltihabi, infektif hastalıklar.
15. Elektrik Çarpması
16. Ciddi Göz Yaralanmaları
17. Kurşunlanma, bıçaklanma, kavga, terör, sabotaj, vb

18. Renal Kolik: Böbrek taşlarının yol açtığı, ilerlemesi durumunda idrar yolu ya da böbrek hasarına yol açabilecek şiddetli ağrı oluşturan durum.
- 20.Suda Boğulma
- 21.Donma, Soğuk Çarpması
- 22.İsı Çarpması
- 23.Ciddi Yanıklar
- 24.Diabetik ve Üremik Kanama: Diabet (şeker hastalığı) ve böbrek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar.
- 25.Genel Durum Bozukluğunun Eşlik Ettiği Dializ Hastalığı
- 26.Akut Masif Kanamalar: Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar.
- 27.Omurga ve Alt Extremitte Kırıkları: Büyük dış veya iç kanamaya yol açan bacak kırıkları ve her türlü omurga kırıkları.
- 28.Tecavüz
- 29.Dekompresyon (Dalgıç) Hastalığı: Halk arasında vurgun yemek olarak tabir edilen durum.

2- TANIMLAR

Acil :

Kapsam dışı olmayan ani bir hastalık, kaza veya yaralanma sonucu meydana gelen ve hastanenin acil servisinde 24 saat içinde müdahale edilmediği hallerde sigortalının hayatını tehlikeye sokan durumlardır.

Anlaşmalı Kuruluş :

FİBA Sigorta A.Ş.'den poliçe almış olan sigortalılara sağlık hizmeti veren ve Sigortacı ile özel anlaşması bulunan yetkili sağlık kuruluşlarıdır. Anlaşmalı kuruluşların isimleri, Sigortacı tarafından sigortalıya poliçe ekinde verilen listede ve FİBA Sigorta A.Ş.' ye ait www.fibasigorta.com.tr adresli web sayfasında belirtilmektedir. İlgili listede, değişiklik yapma hakkı Sigorta Şirketi'nde saklıdır.

Anlaşmasız Kuruluş :

FİBA Sigorta A.Ş. ile özel anlaşması bulunmayan ve Sigortacı tarafından sigortalıya poliçe ekinde verilen Anlaşmalı Kurum listesinde ismi yer almayan sağlık kuruluşu ve özel doktor muayenehaneleridir.

Bekleme Süresi :

Sigortalının teminattan faydalanabilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren beklemesi gereken süreye denir.

Doğumsal (Konjenital) Hastalık:

Belirtileri ileri yaşta ortaya çıksa ve tanısı ileri yaşta konulsa dahi, kromozom anomalileri, genetik bozukluklar, yapısal kusurlar ile prenatal, perinatal (gebelik öncesi, gebelik sırasında) ve doğum eylemi sırasında ortaya çıkabilen fiziksel, metabolik, genetik ve kimyasal nedenlere bağlı oluşan her tür, sakatlık, motor ve mental gelişim bozuklukları, metabolik ve genetik tüm hastalıklar, yapısal ve fonksiyonel anomaliler, araz ve kusurlardır.

Doktor :

Tıp doktoru diplomasına sahip, hastanede veya muayenehanede hasta kabul etmeye yetkili kişiye denir.

Hastalık :

Sigortalının tıbbi veya cerrahi müdahaleyi gerektirecek şekilde tıbbi ve fonksiyonel dengesinde meydana gelen bozukluklara denir.

Hastane :

Türkiye 'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca, yurtdışında ise dengi resmi kuruluşlarca, hasta ve yaralı kabul etmeye ve ayakta/yatarak tedavi etmeye yetkili olarak izin verilmiş ve 24 saat hizmet verebilen sağlık kuruluşlarına denir. Hastane terimi hiçbir zaman kaplıca, dinlenme / huzurevleri, karantina ve akıl hastalıkları, uyuşturucu ve alkolizm tedavisi veren kuruluşları kapsamaz.

İlaç :

Bozulan fizyolojik sistemleri, fonksiyonel dengeleri ve patolojileri düzeltmek amacıyla kullanılan farmasötik ürünlere denir.

Kadrolu Hekim:

Hastanenin full-time kadrolu hekimleri arasında yer alan, kadrolu hekim ücretini kabul etmiş doktora denir.

Kaza :

Sigortalının doğal oluşan şartlardan veya herhangi bir hastalıktan kaynaklanmayan, ani ve dışarıdan gelen bir olaydan dolayı iradesi dışında meydana gelen olaylarla karşı karşıya kalmasına denir.

Önceden Mevcut Hastalık :

Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ile gelişim süreci açısından sigorta başlangıç tarihinden önceye dayalı rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (komplikasyonlara) denir.

Sağlık Kuruluşu :

T.C.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yönetmeliklerine göre kurulmuş olan, hasta veya yaralılara ait teşhis, tedavi veya gerektiğinde cerrahi müdahaleyi bir ücret karşılığında yapan kuruluşlara denir.

Sigorta Ettiren :

İşbu sözleşme için Sigorta Şirketi ile sözleşmeyi kuran kişi, bu sözleşmenin kapsamı dahilinde prim ödeme yükümlülüğünü üstlenmiş gerçek veya tüzel kişiye denir.

Sigortalı :

Sigorta ettiren tarafından tanzim ve imza edilen sağlık sigortası başvurusunda adı yazılı olan veya sonradan zeyilname ile ilave edilen Sigorta Ettiren ve kanunen bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sigortalı adayı olarak değerlendirilirler ve Sigorta Şirketi tarafından resmen kabul edilip poliçe düzenlendiği takdirde sigortalı olarak adlandırılırlar.

Tetkik Amaçlı Yatış:

Herhangi bir belirti veya hastalığın hekim tarafından gerekli görülen takip ve tedavisi için yapılan yatışlar dışında, ayakta tedavi ile tespit/ takip edilebilecek herhangi bir hastalık veya belirtinin aynı veya farklı branş hekimleri tarafından yürütülen ileri tetkik ve inceleme işlemleri için yapılan yatışlardır.

Türk Tabipleri Birliği (T.T.B):

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi'nin 6023 sayılı yasasına dayanarak hekimlerin muayene/tedavi için almaları gereken asgari ücretleri saptama amacıyla düzenlenmiş birimler listesidir. Ücretlendirme, belirlenen birimlerin ilgili ilin tabip odalarınca belirlenen ve altı ayda bir değişen katsayı ile çarpımına KDV eklenerek yapılır.

Mesleki Hastalıklar

Sigortalının iş yerinde yaptığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir nedenle, veya işin yürütüm koşulları yüzünden uğradığı geçici ve sürekli hastalık ve ruhi arıza hallerini meslek hastalığı olarak kabul edilir

Asbestozis, silikozis, silikotuberkülozis, kuş gribi vb. hastalıklar. Ayrıca işyerinde bulunan asbest, aliminyum, civa, kadmiyum, kurşun, kromiyum, manganez, arsenik, fosfor, berilyum, vanadium, talium, ağır metal, nikel, talaş, kimyasal maddeler, işyeri ortamında bulundurulan virus ve benzeri biyolojik canlılar, işyerinde maruz kalınan radyasyon ve mekanik ajanların etkisi ile ortaya çıktığı rapor edilen hastalıklar mesleki hastalıklar olarak kabul edilir.

3- SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

Sigortacı'nın sorumluluğu, başvuru formunun sigortacı tarafından kabul edilip poliçenin düzenlenmesi ve sigorta priminin tamamının ya da primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise prim peşinatının ödenmiş olması kaydıyla başlar.

4- SİGORTANIN SÜRESİ

Poliçede/ zeyilnamede yazılı olan poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar ve bu süre bir yılı aşamaz.

5- SİGORTAYA KABUL

Bu sigorta 16 yaşından büyük 50 yaşından küçük fertleri teminat altına alır,

Sigorta teminatları, Türkiye Cumhuriyeti hudutları dahilinde ikamet edenleri kapsar.

6- SİGORTANIN TEMİNATLARI

6.1. ACİL TEDAVİ TEMİNATI (Yıllık)

Sigortalının, işbu Özel Şartlarda tanımlı haller ve hastalıklar neticesinde tedavisinin hastanede yatarak ya da ayaktan yapılmasının gerekli olduğu durumlarda oluşan aşağıda tanımları yapılan sağlık giderlerine denir.

Acil tedavinin teminatının tanımı aşağıdaki hallerde devreye girer.

-Kapsam dışı olmayan ani bir hastalık, kaza veya yaralanma sonucu meydana gelen ve hastanenin acil servisinde 24 saat içinde müdahale edilmediği hallerde sigortalının hayatını tehlikeye sokan durumlardır

Bu giderler poliçe ve poliçeye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, uygulama ve iştirak oranı dahilinde bu teminat kapsamındadır.

Tetkik amaçlı hastane yatış masrafları işbu teminat kapsamı dışındadır.

Aşağıda tanımlı sağlık giderleri için poliçe başlangıç ve bitiş tarihleri arasında yapılan toplam tazminat ödemeleri, işbu poliçenin yıllık "Acil Tedavi Teminatını" hiçbir şekilde aşamaz.

Bu teminat yukarıda Madde 1'de belirtilen Acil tanımına giren rahatsızlıklara ilişkin hastaneye ilk başvuru ve bunu takip eden yatış süresince geçerlidir. Taburcu işlemini takiben aynı rahatsızlığa ait her türlü tetkik, kontrol, ilaç, nüks, komplikasyon ve tedavinin devamı niteliğindeki işlemlere ait masraflar ve aynı rahatsızlığa ilişkin olsa bile takip eden yatışlar kapsam dışıdır.

Ameliyat Giderleri

Sigortalının işbu Özel Şartlarda tanımlı hastalık ve durumların tedavisinin genel/lokal anestezi altında cerrahi bir müdahaleyi gerektirmesi halinde T.T.B.'nde belirtilen 150 birim ve üzerindeki tedavi amaçlı ameliyat masraflarına denir.

Ameliyat masraflarından kasıt; ameliyathane içinde gerçekleşen giderler yani; ameliyathane kirası, operatör doktor, asistan, ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, anestezi uzmanı doktor ücretleri ile, ameliyat esnasında kullanılan sarf malzemesi, ilaç, kan, serum vb. ameliyat ile ilgili her türlü tıbbi malzeme ile koroner anjiyografi masraflarıdır.

Tek anestezi altında birden fazla ameliyatın yapılması ve bunlardan birinin veya birkaçının teminat kapsamına girmemesi halinde teminat kapsamına girmeyen ameliyat ile ilgili hiçbir masraf ödenmez. Ödenmeyecek tutar, T.T.B. puanları esas alınarak ağırlıklı olarak hesaplanır ve toplam faturadan düşülerek tazminat ödenir.

İşbu Özel Şartlar 8. Maddesi'nde "Teminat Dışı Kalan Haller" bölümünde sayılan durumlar ve varsa sigortalının kapsama alınmayarak poliçe/poliçe ekinde bulunan sertifikasında yazılı kapsam dışı hastalığı için ameliyat teminatının ödenmemesi durumunda buna bağlı olarak diğer masraflar da (ödenmeyen ameliyata ait Hastane Tedavi, Yoğun Bakım vb. giderler) ödenmez.

Hastanede Tedavi Giderleri

Sigortalının ameliyat ya da ameliyatı gerektirmese de işbu Özel Şartlarda tanımlı hallerden herhangi birisinin tedavisi için hastanede yatmasını gerektiren durumlarda ortaya çıkan ameliyat dışındaki ilaç, pansuman, bandaj, alçı, plaster gibi malzemeler ve her türlü iğne ve serumları, kan ve kan ürünleri takılması gibi masraflar; doktor takip ve konsültasyon masrafları; hastanede yatan sigortalının hastalığının takibi ve doktorun öngördüğü tedaviyi yönlendirici tetkikleri, tahlil, röntgen masrafları; hastane oda – yemek (standart tek kişilik özel oda ücreti ile sınırlı), refakatçi ve hemşire giderlerine denir.

Yoğun Bakım Giderleri

Bünyelerinde yoğun bakım ünitesi bulunduran hastane ya da kliniklerde işbu Özel Şartlarda tanımlı hallerden herhangi biri nedeniyle yatar hasta olarak bulunan sigortalının yoğun bakım ünitesinde geçirdiği her gün için oluşan giderlere denir.

6.2. ACİL YARDIM TEMİNATI

Acil Yardım ve Tıbbi danışmanlık hizmetleri, S.O.S International firması tarafından ayrıca tanımlanmış Genel ve Özel Şartlar çerçevesinde verilen ve acil durumda hastaneye nakil (ambulans vb. destek hizmetleri içeren bir teminattır.

FİBA Sigorta A.Ş.'den ACİL sağlık sigortası alan her Sigortalı 'nın 24 saat sağlık danışma ve acil ambulans hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır.

Bu teminatla ilgili tanım, uygulama ve sınırlamalar işbu Özel Şartlar Madde 21'de yapılmıştır.

7- TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Elit Acil Sağlık Sigortasında aşağıda yazılı sebeplerden doğacak her türlü tedavi masrafları sigorta teminatından hariç tutulmuştur.

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 2. ve 3. Maddesine ek olarak aşağıda yazılı haller ve komplikasyonları sigorta teminatı dışındadır.

Police başlangıç tarihinden önce var olan ve beyan edilmeyen hastalıklar ile ilgili (tanı ve / veya tedavi yapıp yapılmamasına bakılmaksızın) her türlü sağlık harcaması

1) Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar), prematüriteye ait giderler (kuvöz bakımı vs.) , motor ve mental gelişim bozukluğu (büyüme ve gelişme geriliği) ile ilgili rutin veya özellikli her türlü tetkik ve tedavi gideri (Örn: genetik testler, her tür karyotip araştırması, hemoglobin elektroforezi, fenilketonüri testleri, yeni doğan tiroid testleri, kalça USG, inmemiş ve retraktil testis, polikistik böbrek, veziko üreteral reflü-VUR vb.)

2) Kordon Kanı alımı, saklaması ve Kordon kanı bankasına ilişkin her tür gider.

3) Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, her türlü embryo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri

4) Alerjik hastalıklara yönelik aşı tedavileri (immünoterapi),

5) Resmen ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklar (kolera, sıtma vb.); AIDS ve AIDS'e bağlı hastalıklar ile ilgili olan her türlü test, tahlil masrafları ve gerekli tedaviler ile HIV virüsünün neden olacağı tüm hastalıklar,

6) Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, yağ aldırma, meme küçültme vb.), estetik ve anti-aging amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı ve enjeksiyon ve tedaviler; jinekomasti; poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar,

7) Kuduz, tetanos, 0–6 yaş çocuk aşıları ve grip aşısı dışında kalan tüm aşılar,

8) Özel hemşire giderleri,

9) Yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (kısırlık tanı ve tedavisi, follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis, suni dölllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embryo redüksiyonu vb.) tıbbi endikasyonu olmayan her türlü kürtaj, doğum teminatında belirtilen sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri dışındaki her tür doğum kontrol yöntemi ve bunlarla ilgili ilaç ve araçlar(doğum kontrol hapları, enjeksiyonlar, deri altı implantlar, kondom, spermisid kimyasallar vb.); tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimosiz vb.),

10) Ameliyat nedenine bakılmaksızın nasal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, her tür konka cerrahisi, nazal valv operasyonları) ile horlama nedenli yapılan tüm ameliyat ve girişimler.

11) Cilt bakımı, cilt lekeleri, çatlaklar ile ilgili giderler; her türlü şampuan ve saç losyonları; kozmetik sabun ve kremler; saç dökülmesine ve kepeklenmeye yönelik her tür ilaç ve müdahale, solüsyon ve şampuan; enjektör, itriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları; tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.

12) Koltuk değneği, tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi, eskar simidi ve her türlü ortopedik destekleyici ile işitme cihazı giderleri ve her türlü yardımcı tıbbi alet ve malzeme (uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı vb.) penil protez vb. giderleri,

13) Gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları,

14) Yurtdışında gerçekleşen ilaç masrafları,

- 15) Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ve organ/dokuya ait transfer giderleri
- 16) Tüm alternatif tedaviler (akupunktur, mesoterapi, magnetoterapi, oksiterapi, CO2, nöral terapi, şiroprakti, anti aging, reiki, balneoterapi, ayurveda vb.) , deneysel ve araştırma niteliğindeki tıbbi girişim, uygulama ve tedaviler
- 17) Telefon, televizyon, kafeterya, idari hizmet ve paramedikal servis ücretleri gibi tedavi için gerekli olmayan sair masraflar,
- 18) Kilo kontrol bozuklukları, jimnastik salonları, zayıflama, estetik ve alternatif tıp merkezleri ile lazer merkezleri vb. ilgili giderler ile bu merkezlerden alınan her tür muayene, tetkik ve tedavi faturaları; doktor nezaretinde yapılsa bile estetik ve alternatif tıp merkezleri ile rehabilitasyon tedavi merkezlerindeki tedavi giderleri, kaplıca merkezlerindeki tedavi giderleri (fizik tedavi dahil) , masaj masrafları, çamur banyoları masrafları; obesite tedavisi (xenical, reductil vb. ilaçlar), diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç ve malzemeler ile asteni tedavisi, anti-aging uygulamaları için yapılan her tür tetkik, takip, girişim ve ilaç bedelleri (Homosistein, DHEA, GH vb.), PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy- Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi),
- 19) Estetik ve anti-aging amaçlı her türlü müdahale ve tedavi,
- 20) Akne ve komedon ile ilgili muayene ve ilaç masrafı hariç tüm masraflar
- 21) Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde olabilecek her türlü sağlık giderleri,
- 22) Nikotin, alkol ve benzeri bağımlılık yapan maddelerden arındırma amaçlı her tür tedavi ve ilaç ve cihaz (nikotin flasterleri, nikotin içeren çiğneme tabletleri, antabus, zyban vb.)
- 23) Tehlikeli sporların yapılması sırasında meydana gelecek sakatlanma ve yaralanmalar (amatör havacılık, delta kanat, planör, paraşütçülük, parasailing, paragliding, yamaç paraşütü, bungee jumping, dağcılık, kaya tırmanma, dağ bisikleti, tüplü dalış, derin serbest dalış gibi sualtı sporları, binicilik, vb.) ile spor müsabakaları ve yarışlar (her tür spor karşılaşması, otomobil, motosiklet yarışları, vb

24) Sigortalının, lisanslı bir ticari hava taşımacısı tarafından işletilen bir uçakta biletli yolcu olma dışında, havacılık faaliyetlerinde ya da uçuşta yer alması süresince meydana gelen yaralanmalar

25) Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü ruh ve sinir hastalıkları ve geriatrik hastalıklar, psikosomatik hastalıklar, psikoterapi gerektiren durumlar ve ruh ve sinir hastalıklarına ait muayene, tedavi ve ilaç harcamaları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları,

26) Cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri; sifiliz, gonore vb. veneryan hastalıklara ait her tür tarama testi, tetkik ve tedavi gideri (VDRL, TPA vb.)

27) Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık ve görme tembelliği ile ilgili giderler, konuşma ve ses terapisi,

28) S.O.S İnternaitonal dışındaki ambulans giderleri,

29) Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler

30) Poliçe ekinde bulunan sertifikada yazılı kişiye özel kapsam dışı hastalık ve rahatsızlıklara ilişkin tüm sağlık giderleri ile, poliçe ve/veya ekindeki sertifikada belirtilmeyen teminatlara ilişkin sağlık giderleri,

31) Belli bir belirti veya hastalığa bağlı olmayan inceleme ve tedaviler (tarama testleri, aşılama kontrol testleri, viral markerlar, portör tetkikleri vb), check-up giderleri ve yıllık kontrol mamografileri ve smear ve PSA testleri ile rutin taramalar dahil.

32) Çocuk bakım ücretleri, çocuk mamaları, çocuk bezleri, biberon ve emzikler vb.,

33) Vücudun günlük ihtiyacını sağlamak ve/veya genel sağlığı korumak ve desteklemek amacı ile kullanılan, ilaç niteliğinde olmayan destekleyici ürünler, bitkisel ilaçlar, gıda takviyeleri ile Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ithal ilaçlar; Tarım Bakanlığı ruhsatı ile satılan ilaçlar (pharmaton, arcalion, ginseng, evening primrose, St. John's wort vb., oyster shell, esberitox, balık yağları vb.), Food and Drug Administration (FDA) onayı almamış tüm ilaç niteliğindeki maddeler,

34) Varislere yönelik her tür skleroterapi ve laser vb. tedavileri,

35) Doktorlardan ve sağlık kurumlarından kaynaklanan hatalı tedavi ve ameliyat neticesi ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle oluşan giderler,

36) Sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlardan alınan sağlık hizmeti giderleri ile doktor lisansına sahip olsa dahi aile bireyleri tarafından yapılan tedavi giderleri,

37) Sigortalılık öncesi dönemde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüks ve komplikasyonları.

8- TAZMİNAT ÖDEMELERİ

Tazminat ödemeleri, sigortalının bildirdiği banka hesabına havale/EFT şeklinde yapılır.

Ayakta ve yatarak tedavilerde anlaşmalı kurum ve staff hekimlerine ait fatura ödemelerinde muhatap Sigorta şirketidir. Ancak, teminat limit aşımı söz konusu ise; sigortalı limitini aşan kısım için ödemeye katılır.

Sigorta şirketi, yapılan masraflara ilişkin olarak ek bilgi isteme hakkına sahip olup, gerekli yerlerden tazminat dosyasındaki bilgileri araştırmaya yetkilidir.

9- TAHSİLAT şEKLİ

Prim tahsil şekli kredi kartı ile yapılabilir.

Prim tahsilatı, poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır.

10- SİGORTA TEMİNAT VE PRİMİNDE DEĞİşİKLİK

İşbu poliçenin özel şartlarında, teminatlarında, teminat limitlerinde ve primlerinde Sigorta şirketi tarafından değişiklik yapılabilir. Bu değişiklikler her bir Sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur.

11- SİGORTANIN YENİLENMESİ

Acil Sağlık Sigortası akdinin süresi bir sigorta yılıdır. .

Sigortalı / Sigorta Ettiren, sözleşme bitiş tarihinden itibaren istediği tarihte yeni poliçe talep edebilir, ancak bu poliçe , eski poliçenin devamı sayılmaz.

Sigortacı, yeni sözleşmeyi yaparken bazı durum ve hastalıklar için teminat vermeyebilir ya da kapsama almayabilir.

Sigortacı poliçe bitim tarihinden sonra sigortalının poliçesini yenilememe kararı alabilir.

12- ANLAŞMALI KURUM UYGULAMALARI

Tüm sigortalılara poliçeleri ile birlikte, poliçe düzenlenme tarihinde geçerli olan FİBA Sigorta A.Ş. Anlaşmalı Sağlık Kurumu Ağı listesi ve sigortalı tanıtım kartı verilir.

Anlaşmalı kurumlarda Fiba Sigorta adına Provizyon hizmetleri Promed A.Ş tarafından verilmektedir.

Sigortalılar Anlaşmalı Kurum Listesi'nde tanımlanan bir sağlık kurumuna başvurmaları halinde tanıtım kartları ve resmi kimlik belgeleri ile kendilerini tanıttıktan sonra poliçe Genel ve Özel Şartları, teminat limitleri ve iştirak oranları dahilinde sağlık hizmeti alabilirler. Anlaşmalı Kurum Ağı'na dahil bir kuruma başvurulması halinde sigortalı teminat limitini aşan giderler haricinde herhangi bir ödeme yapmaz.

Yatarak tedavi gerektiren durumlar için yatışı takiben en geç 24 saat içinde FİBA Sigortayı temsilen Promed A.Ş.'ye Yatarak Tedavi Provizyon Formu doldurularak iletilmelidir. Bu sürenin aşılması halinde FİBA Sigorta A.Ş.'nin direkt ödeme yapmama yetkisi saklıdır.

Sigortalılar poliçe teminat limiti ve kapsamı dışındaki giderleri karşılamakla yükümlüdürler.

Anlaşmalı Kurum Ağı'nda yer alan kurumların FİBA Sigorta A.Ş. ile anlaşmalarının sona ermesi halinde FİBA Sigorta A.Ş.'nin herhangi bir doğrudan ödeme uygulaması söz konusu olamaz.

Sigortalılara poliçeleri ile birlikte verilen Anlaşmalı Kurum Listesi zaman zaman sağlık kurumu sözleşmelerin sona ermesi veya yeni sözleşmeler yapılması nedeniyle değişikliğe



uğrayabilir. FİBA Sigorta A.Ş.'nin bu listede her türlü değişiklik yapma hakkı saklıdır. Sigortalılar, listenin son halini satış kanalından temin edebileceği gibi www.fibasigorta.com.tr adresinden de takip edebilirler.

Anlaşmalı Kurum Ağı dışında gerçekleşen sağlık giderlerini sigortalı kendisi öder ve Madde 20'de belirtilen belgeler ile birlikte daha sonra FİBA Sigorta A.Ş.'den tazminat talebinde bulunur.

13 POLİÇE İPTALI

Primler vadesinde ödenmediğinde; sigortalıya tazminat ödemesi yapılmaz ve Sağlık Genel Şartları hükümleri uyarınca poliçe iptal edilir.

Sigortalı / Sigorta Ettiren, sağlık sözleşmesinin iptalini Sigortacı'dan talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için Sigorta Ettiren tarafından düzenlenen sözleşmesinin iptal edilmesi istenen tarihi içeren iptal bildirim yazısının Sigortacı'ya ulaştırılması gerekmektedir.

Sözleşme yılı içinde iptal isteminin sigortalıdan gelmesi halinde,

1. Sigortalıya tazminat ödenmemişse veya sigortalıya ödenen tazminat gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden az ise, sigortacının gün esasına göre hak ettiği prim hesaplanır ve sigortalının ödediği prim tutarı hak edilen primden fazla ise aradaki fark, sigortalıya iade edilir.
2. Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise, sigortacı, sigortalının ödediği primden prim iadesi yapmaz.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi gibi kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda Sigortacı, teminat kapsamı yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.

Sigorta süresi içinde Sigorta Ettiren'in vefatı halinde sigortalıların ilgili sigorta sözleşmesine ait kalan prim borçlarını ödemeye devam etmeleri durumunda, sözleşme aynı şartlarda yürürlükte kalabilir. Prim borçlarının ödenmemesi halinde Sağlık Sigortası Genel Şartları ilgili maddesi uyarınca sözleşme sona erer. Sigorta süresi içinde sigortalının vefat etmesi durumunda tazminat ödensin ya da ödenmesin sözleşme hükümsüz olup Sigortacı ilgili döneme ait prime hak kazanır.

15- SİGORTA SÜRESİNİN SONA ERMESİNDEN SONRAKİ TEDAVİLER

Sigorta süresi içinde oluşan bir kaza veya hastalık nedeniyle ayakta ya da yatarak tedavisi devam eden sigortalı için, tedavi poliçe bitim tarihinden sonra devam etse bile teminat poliçenin bitim tarihinde sona erer.

16- TEMİNATIN COĞRAFİ SINIRI

Sigortalının yurtdışında gerçekleşen yatarak tedavi giderleri, tüm dünyada poliçede ve ekindeki sertifikada tanımlı "Acil Tedavi Teminatı" teminat limitleri çerçevesinde karşılanır.

Sigorta Şirketi'nin yurtdışı yatarak tedavi giderleri ile ilgili yapacağı en fazla ödeme, T.T.B ücretlerini geçemez.

Yurtdışında yapılan tedavilere ait giderler, tedavinin yapıldığı ülke parasının fatura tarihindeki Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Efektif Satış kuru esas alınarak teminat limit, iştirak oranı ve Özel Şartlar çerçevesinde Türk Lirası olarak ödenir.

Kesintisiz 92 günden fazla süreli yurtdışı ikametlerinde yurt dışında gerçekleşen sağlık giderleri karşılanmaz.

17- KONTROL YETKİSİ

FİBA Sigorta A.Ş., poliçenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kuruluşu ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma ve kayıt isteme ve yerinde tespit etme hakkına sahiptir. FİBA Sigorta A.Ş., bu inceleme için kendi adına bağımsız temsilciler atayabilir.



18-TAZMİNAT TALEBİNDE SİGORTA ŞİRKETİ TARAFINDAN İSTENEN BELGELER

Herhangi bir sağlık problemi halinde, ilgili masrafların limitleri dahilinde Şirketimiz tarafından tazmin edilebilmesi için " TAZMİNAT TALEP FORMU " ekinde ibrazı gereken belgeler aşağıdadır.

YATARAK YAPILAN TEDAVİ GİDERLERİ İÇİN

- Sigortalının Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş özel veya resmi bir sağlık kuruluşunda yattığını belgeleyen ve yatış sebebiyle yapılan tedaviyi gösteren tıbbi rapor ve çıkış epikrizi ,
- Sağlık giderine ait resmi dökümlü fatura aslı,
- Kaza halinde Trafik Kazası Tespit Tutanağı.

Sigortalının tedavisinin cerrahi müdahaleyi (ameliyat) gerektirdiği hallerde ayrıca ,

- Tedavinin söz konusu müdahaleyi gerektirdiğini kanıtlayan doktor raporu ve çıkış epikrizi,
- Teknik ameliyat raporu,
- Operatör ücreti dahil tüm ameliyat masraflarına ilişkin dökümlü fatura aslı,

Yurtdışı tedavilerde yukarıdaki belgelere ek olarak,

- Sigortalının giriş ve çıkış tarihlerini gösteren pasaport fotokopisi,
- Yurtdışı faturalarının ve ilgili rapor ve sonuçların yeminli tercümeden onaylı İngilizce ya da Türkçe nüshalarının ibraz edilmesi gerekmektedir.

19- ACİL YARDIM ve TEMİNATI

19.1. Tanımlar :

Sigortalı : FİBA Sigorta A.Ş. tarafından düzenlenen Sağlık Sigortası Sözleşmesi kapsamı altındaki kişi veya kişiler.



Police : FİBA Sigorta A.Ş. tarafından düzenlenen sağlık sigortası sözleşmesi.

Bedeni yaralanma : Yalnızca ve direkt olarak şiddet, kaza, dışarıdan veya görülebilir etkilerle oluşan ve Sigortalının yardım talebine sebep olan, kişinin hayatını tehlikeye sokacak kadar ciddi bedeni yaralanmalar.

Ciddi hastalık : Sağlık sözleşmesinin düzenlenmesinden sonra, geçerlilik tarihi içerisinde ortaya çıkan veya kişinin hayatını tehlikeye sokacak kadar önemli bir tıbbi sorunu olduğuna dair haklı bir tıbbi görüşe yol açan ani ve beklenmedik hastalıklar.

Yakın : Sigortalının anne, baba, eşi veya beraber yaşadığı kişi, çocukları, kardeşleri.

S.O.S Tıbbi Ekip : S.O.S sorumlu hekimi ve tedavi eden doktor tarafından tanımlanan her bir olaya uygun 24 / 24 saat x 7 Gün hizmet veren tıbbi birim.

19.2. Acil Yardım Teminatına Ait Hizmetler :

19.2.1. Tıbbi Bilgi ve danışmanlık :

Sigortalı, acil olan veya olmayan herhangi bir sağlık problemi ile karşılaştığında 365 gün 24 saat boyunca hizmet veren S.O.S merkezini arar. Merkezdeki Medikal Ekip; sigortalıya en yakın doktor, uzman doktor, hastane, teşhis merkezleri, eczane ve nöbetçi eczane isimleri, adresleri ve telefon numaraları konusunda yardımcı olur. Karşılaşılan sağlık problemi konusunda alınması gereken önlemler ile ilgili tavsiyede bulunulur. Acil tıbbi müdahale gerekiyorsa; S.O.S Medikal Ekip tarafından gerekli tüm organizasyonlar sağlanır.

19.2.2. Tıbbi Nakil (Kara)

19.2.2.1. Hastaneye nakil :

Sigortalı hayatını tehdit eden bedeni yaralanma ve ciddi hastalık durumunda kişilerin, en yakın uygun donanımlı hastaneye veya sağlık kurumuna nakli sağlanır.

19.2.2.2. Bir hastaneden diğerine nakil :



Gerektiğinde, Sigortalının S.O.S 'in belirleyeceği bir araçla, bedensel zarar ve hastalığa özel daha uygun ekipmanlı bir hastaneye S.O.S sorumlu doktor ve tedavi eden hekim kontrolü altında doğrudan nakli sağlanır.

19.3. Acil Yardım Teminatına Ait Genel İstisnalar :

- a. Sigortalı tarafından kasıtlı olarak meydana getirilen tazminatlar,
- b. Aksi belirtilmedikçe doğal felaketler, deprem, yangın, nükleer tehlike, volkanik patlama, sel veya her türlü çevresel kaza,
- c. Savaş, işgal, yabancı düşman hareketleri, (savaş ilan edilmiş olsun olmasın) çarpışmalar, iç savaş, isyan, ihtilal, terörist veya askeri ya da inzibati güç, ayaklanma ve iç karışıklık sonucu doğan olaylar,
- d. Kasıtlı olarak kendini yaralama ve Sigortalının bir suç olayının parçası olması sonucu doğan olaylar,
- e. Sigortalının nefsi müdafaa haricinde, bir kavganın parçası olması sonucu meydana gelen olaylar,
- f. Direkt ya da dolaylı olarak radyasyondan doğan, nükleer yakıt veya radyoaktif patlama ile radyoaktiviteye maruz kalınan durumlar veya herhangi bir patlayıcı nükleer yapı ya da nükleer unsurdan doğan diğer tehlikeler,
- g. Sigortalının bildiği, daha önce tedavi aldığı mevcut olan, tekrarlayan, kronik ya da devam etmekte olan herhangi bir hastalık ya da durum sonucu oluşan olaylar. Nekahat dönemi hastalığın tam bir parçası olarak düşünülür.
- h. Tahmini doğum tarihinden üç ay öncesine kadar hamileliğe ya da gönüllü çocuk düşürmeye bağlı olaylar,
- i. Akıl hastalığı ya da kişilik kaybı,
- j. Tedaviye uyumlu olarak reçete edilmiş ve yeterliliği diplomalı bir tıp doktoru tarafından yönlendirilmiş maddeler dışındaki sarhoş edici içecek ya da maddelerin etkisi altında ya da kısmen veya tamamen etkilerine bağlı olarak özürülük neticesinde meydana gelen olaylar,
- k. İntihar veya benzeri girişim sonucu ölüm, yaralanma ya da hastalık sonucu meydana gelen olaylar,

- l. Sigortalının, lisanslı bir ticari hava taşımacısı tarafından işletilen ya da ticari kuruluş tarafından işletilen ya da sahip olunan uygun lisanslı bir uçakta biletli yolcu olma dışında, havacılık faaliyetlerinde ya da uçuşta tamamen veya kısmen yer alması süresince meydana gelen olaylar,
- m. Hukuki kurallara ve prensiplere uygun olmayan hizmet taleplerinde ret etme hakkı saklıdır.
- n. Mahalli mercilerin izin vermediği müdahaleler,
- o. Olağandışı iklim koşullarından dolayı hizmet aksamaları,

Tıbbi danışmanlık hizmeti almak için 365 gün 24 saat boyunca hizmet veren İstanbul'daki S.O.S merkezini arayınız.

Tel : 444 4 505

Acil ve kaza durumlarında da aynı merkezi arayarak;

- İsmınızı, poliçe numaranızı, poliçe vadenizi,
 - Bulduğunuz yeri, ulaşabileceğiniz telefon numaranızı,
 - Probleminizi ve yardım talebinizi aktarmanız yeterlidir.
- S.O.S merkezindeki ilgililer gereken yardımı sağlayacaktır.

Başka bir hastaneye transfer talebinizde ise; bizzat kendiniz ya da adınıza ilgili kişi;

- İsim, adres ve bulunduğunuz hastanenin telefon numarasını,
- Tedavi eden doktorunuzun ad, adres ve telefon numarasını bildirmek suretiyle en kısa sürede gereken yardım yapılacaktır.

B- SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI ¹

Yürürlük Tarihi: 10 Ekim 1990

Teminat Kapsamı



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.

Teminat Dışı 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) Zelzele, sel, yanardağ patlaması ve toprak kayması,

e) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,

f) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,²

g) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen 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,³

h) Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile

i) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında 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:

a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.

b) 2 nci maddenin (g) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

Sigortanın Coğrafi Sınırı

Madde 4- Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir .

Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

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

Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken 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 kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek hallerde;

a) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez.

Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

b) 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 vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebelluğ tarihin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve tazminatı geri verilir.

c) Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.

d) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı 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.

Sigorta Süresi İçinde 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 beşinci 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.

Sigorta Ücretinin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

Madde 8- Sigorta ücretinin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit en geç poliçenin tesliminde ve kalan taksitler poliçede belirtilen tarihlerde nakden ödenir.



Sigorta ücretinin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmemiş ise sigortacının sorumluluğu başlamaz, bu şart poliçenin ön yüzüne yazılır.

Bir yıldan uzun süreli sağlık sigortalarında sigorta priminin vadesinde ödenmemesi halinde, sigortacı muaccel sigorta ücret borcunu vadesinde ödememiş olan sigorta ettirene, noter vasıtasıyla veya iadeli taahhütlü mektupla borcunu bir ay içinde ödemesini, aksi takdirde sözleşmenin feshedilmiş olacağını bildirir. Bu takdirde sürenin sonunda borç ödenmemiş ise, sözleşme münfesi olur ve sigorta ettiren fesih tarihine kadar geçen müddete ait gün esasına göre hesaplanan ücreti sigortacıya ödemekle yükümlü olur.⁴

Bir yıldan kısa süreli sağlık sigortalarında prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır.⁵

Sigorta ücretinin kambiyo senetlerine bağlanması borcun niteliğini değiştirmedeği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da hanel getirmez.

Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri

Madde 9-

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

- Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz 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) Kasden 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.

Masrafların Tesbiti

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 tesbit 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 yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tesbit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. 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.

b) Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem-bilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişisinin seçimi hususunda yedi 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.

c) 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.

d) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tesbit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez.

İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

e) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tesbiti bakımından gerekli görecekları delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

f) Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler, ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekları kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacıya dava edilemez.

Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkca gerçek durumdan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

g) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.

h) Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.

ı) Masraf miktarının tesbiti, 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.

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı

Madde 11- Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısıyla sorumlu üçüncü kişilere karşı ödediği tutar kadar sigortalının yerine geçer.

Müşterek Sigorta

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

Sırların Saklı Tutulması

Madde 13- Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalı hakkında öğreneceği sırların saklı tutulmamasından doğacak zararlardan sorumludur.

Tebliğ 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.

Yetkili 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 Aşımı

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

Özel Şartlar



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