

DEMİR ACİL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Bu özel şartlar 31/07/2014 tarihi itibariyle tanzim edilmiş Demir Acil Sağlık Sigortası bulunan Sigortalılar için geçerlidir.

Demir Hayat Sigorta A.Ş. (bundan sonra sigortacı olarak adlandırılacaktır) ve Sigorta Ettiren / Sigortalı'nın üzerinde mutabık kaldığı şartlar doğrultusunda hazırlanan Sigorta Poliçesi, Sigorta Ettiren / Sigortalının doldurup imzaladığı ve Sigortacı'nın kabul ettiği Başvuru Formu ile poliçenin ayrılmaz parçaları olan Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şartları, Poliçe , Sigortalı tanıtım kartından meydana gelmektedir.

Sigorta Poliçesinin geçerli olduğu süre içerisinde yapılacak tüm değişiklik ve ilaveler yazılı olarak talep edilmesi ve karşılıklı olarak üzerinde mutabık kalınması durumunda geçerlidir.

MADDE 1 - SİGORTANIN KONUSU

Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ek olarak; sigortalının bir hastalık ve/veya kaza halinde, Sağlık Bakanlığınca ruhsat verilmiş her tür özel veya resmi sağlık kuruluşunda Madde 4'de belirtilen Acil Durum tedavileri ile ilgili, hayati tehlikeyi atlattığı (stabil hale gelmesi) için gerekli olan tedavi giderleri poliçede belirtilen teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Sigortalı teminatı sadece Sigorta Poliçesinde yer alan kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler teminattan yararlanamazlar.

Bu poliçe ile verilmiş sağlık sigortası teminatları poliçe üzerinde belirtilenler ile sınırlıdır.

Bu poliçede başka sigorta şirketinden transfer hakkı mevcut değildir.

MADDE 2 - TERİMLER ve TANIMLAR

Acil: Sigorta Özel ve genel şartları gereği standart istisnalar içerisinde yer almayan ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısı ile geciktirilmesi mümkün olmayan, tıbbi veya cerrahi tedavi gerektirdiğini belirten haklı bir görüşe yol açan ve Demir Hayat Sigorta A.Ş. Sağlık departmanı tarafından acil olduğuna karar verilen durumdur.

Acil durumlar: Trafik kazası, kalp krizi ve ritim bozuklukları, hipertansiyon krizleri, akut solunum problemleri, hayati tehdit eden yaralanma, yüksekten düşme, uzuv kopması, elektrik çarpması, donma, yanıklar, ciddi göz yaralanmaları, boğulma, zehirlenmeler, anafilaktik tablolara, kemik kırıkları, şuur kaybına neden olan durumlar, ani felçler, şeker ve üre komaları, akut batin halleri, akut masif kanamalar, menenjit, ensefalit, solunum ve sindirim yollarında yabancı cisim bulunması ve okul öncesi çocuklarda 39 derecenin üzerindeki ateş acil durum olarak kabul edilir.

İş bu poliçede acil durumlar olarak kabul edilecek sağlık durumları; Demir Hayat Sigorta Call Center tarafından onaylanmış ve Madde 4 Teminatlar bölümünde de belirtilmiş durumlardır.

Bekleme Süresi: Sigortalı'nın bu sözleşme kapsamında ilk sigortalanma tarihi ile başlayan ve bu Sigorta Sözleşmesi'nin Bekleme Süresi kısmında belirtilen veya varsa Sigorta Şirketi'nin Sigortalı adayının sağlık durumuna göre uyguladığı, belirli tıbbi durumların teminat altında olmadığı süre.

Fesih Tarihi: Sigorta ettirenin bizzat kendi talebi ve/veya sigorta mevzuatı genel ve özel şartlarının ilgili maddelerinde belirtilen yükümlülüklerin sigortalı/ sigorta ettiren tarafından yerine getirilmemesi sonucunda poliçenin fesih edildiği tarih.

Çıkarma Tarihi: Birden fazla kişinin Sigortalı olarak teminat kapsamında olduğu bir Poliçe'den, Sigorta Ettiren'in talebi sonucunda ve/veya Sigortalı'nın Sigortalanacak Kişiler tanımında belirtilen duruma uygun olmaması halinde Sigortalı'nın Sigortacı tarafından diğer Sigortalı'lar için devam eden Poliçeden çıkartıldığı gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl. Sigortalı'nın cayma ve fesih nedeniyle çıkarılması halinde Genel Şartlar Madde 8'de belirtilen hususlar ve süreler uygulanır.

Tıp Doktoru: Hukuken, hastayı muayene etmeye, teşhis koymaya, teşhis ve tedavi için gerektiğinde müdahale etmeye yetkili olan, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş, uzman kişidir.

Genel Şartlar: T.C.Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm Sigorta Şirketleri tarafından sağlık sigortalarında uyulması zorunlu olan yazılı kurallardır.

Gereksiz Tedavi İşlemleri: Sigortalı'nın sağlığını tehlikeye sokmaksızın Hastane'ye yatırılmadan da yürütülebileceği tarafsız bir Doktor tarafından da kabul edilen tedaviler, incelemeler ve işlemlerin hastane'ye yatırılarak yapılması.

Hastalık: Sigortalının bir Tıp Doktoru tarafından teşhis edilen tıbbi ve/veya cerrahi bir müdahaleyi gerektirecek şekilde sağlığının bozulması halidir.

Hastalık / Teminat Başına Yıllık Toplam Limit: Sigortacı'nın bu poliçe şartları dahilinde hastalık ve/veya teminat başına belirleyeceği ve sigortalının sertifikasında belirtilmiş özel ve genel şartlara uygun olarak kullanabileceği sağlık harcamalarının yıllık azami tutarı.

Hastane: Yasalar ve yönetmeliklere göre, yurt içinde Sağlık Bakanlığı, yurt dışında da benzeri resmi kuruluşlarca hasta kabul eden ve tedavi etmeye ve gerektiğinde cerrahi müdahaleye yetkili kılınmış yataklı tedavi kuruluşlarıdır.

Hastaneye Yatış: Hastane dışında tedavi edilmesi mümkün olmayan ve bu Sigorta Poliçesi'nin Teminat Kapsamı'ndaki herhangi bir durum nedeniyle en az 24 saat hastane'de yatılmasını gerektiren durum.

İptal Tarihi: Sigorta ettiren'in yazılı olarak talep etmesi veya Sigortacı tarafından genel Şartlar'da belirtilen hususlardan dolayı cayma veya fesih nedeniyle Poliçe'nin iptal edildiği gün, (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl.

Kabul Edilebilir Tazminat: Sigortalı'nın Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Sigorta Poliçesi'nin Özel Şartları (Madde 4'de belirtilen Acil Durumlar) kapsamında yer alan sağlık harcamalarının teminat limit ve yüzdesi dikkate alınarak belirlenen ve Sigortacı tarafından onaylanıp, ödenecek olan kısmı.

Kanunen Bakmakla Yükümlü Olunan Kişiler: Sigorta ettirenin veya sigortacı tarafından sigortalı olarak kabul edilmiş kişinin eşi, 18 yaşını doldurmamış çocukları, üvey çocukları ve yasal evlatlıkları ile tam gün eğitimini sürdüren 24 yaşına kadar (24 yaş dahil) bekar çocukları.

Kayıt Tarihi: Sigortalı'nın Sigorta Poliçesi ile Teminat altına alındığı veya yinleme tanımında belirtilen koşullarda tekrarladığı ilk Sözleşme ile Teminat altına alındığı gün, (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl.

Kaza: Herhangi bir hastalıktan kaynaklanmayan yüksek enerjili travma sonucunda oluşan (trafik kazası, yüksekten düşme...) ve 24 saat içerisinde acil doktor başvurusu ile Sigorta Şirketi tarafından da onaylanan sigortalının tıbbi olarak kanıtlanabilecek bedensel yara almasına neden olan beklenmedik, ani olay.

Konjenital Hastalık: Doğumdan itibaren var olan bedensel ve/veya metabolik kusurlar ve/veya bozukluklar.

Kronik Hastalık: Ani başlangıçlı olmayan, yavaş gelişen ve/veya ilerleyen, zaman zaman tekrarlayan ya da sürekli bir sağlık sorununa neden olan hastalık.

Kazanılmış Hak: Bu üründe kazanılmış hak tranferi yapılmamaktadır. Farklı bir ürüne geçişte de bu poliçedeki haklar transfer edilmemektedir.

Mevcut Hastalık: Meri Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/ hastalıklar ve bu hastalıkların nüks ve komplikasyonları dahil (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun olmasın) her türlü sağlık giderleri ve bunların acil durumları bu poliçede teminat altına alınmamaktadır.

Ödeme Oranı: Teminat kapsamında gerçekleşen giderlerin yıllık limiti ya da vaka veya hastalık başına limiti aşmaması kaydıyla, varsa muafiyet tutarı düşüldükten sonra, her bir giderin Sigortacı tarafından karşılanacak yüzde (%) oranıdır.

Özel Şartlar: Sigorta Şirketi tarafından Sağlık Sigortası Genel Şartları'na ilave olarak hazırlanan, karşılıklı hak ve yükümlülükler ile Teminat'ları ve geçerlilik koşullarını belirten ve bu Poliçe'nin Bitiş Tarihi'ne kadar geçerli olan şartlar.

Poliçe Başlangıç Tarihi: Poliçe'nin ilk kez veya takip eden her yenilenmesinde yürürlüğe girdiği tarih. (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl

Poliçe Bitiş Tarihi: Bu Poliçe'nin süresinin bittiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl. İş bu tarihten sonra yapılacak tüm harcamalar nedenine bakılmaksızın teminat dışı tutulmuştur. Ancak hastanede tedavi görmekte olan bir Sigortalı'nın poliçesinin Demir Hayat veya başka bir şirkette yenilemesinin olmaması halinde, poliçe bitiş tarihinden itibaren hastaneden hiç çıkmamış olması şartıyla 10 güne kadar masrafları karşılanır.

Sigortacı: Sigorta Poliçesi'nin tanzim edildiği ülkede tescil edilip işletme ruhsatı almış Sigorta Şirketi. İş bu poliçede Sigortacı sıfatı Demir Hayat Sigorta A.Ş. için kullanılmıştır.

Sigorta Ettiren: Bu Sigorta Sözleşmesi için başvuran, başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilen ve bu Sigorta Sözleşmesinin kapsamı içerisinde sorumlu taraf olup kendisi ve Sigortalı olacak Kişilerin adına hareket eden ve prim ödemek dahil sözleşmeden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan gerçek veya tüzel kişilik.

Sigortalının Katılım Payı: Sigorta ettiren/ Sigortalı'nın seçtiği teminat türü doğrultusunda Kabul Edilebilir Harcamalar'ından üstleneceği katılım yüzdesi.

Sigorta Poliçesi: Özel sağlık sigortası sözleşmesini belgeleyen evrak

Sigortalı: Sigorta ettiren tarafından sağlık sigortası başvurusunda isimleri belirtilen ve Sigortacı tarafından resmen kabul edilip poliçe kapsamına alınan kişi ve/ veya bu kişinin kanunen bakmakla yükümlü olduğu kişilerdir.

İstisnalar: Sağlık Sigortası Genel Şartları ve poliçe özel şartlarında tanımlı bulunan ve/ veya sigortalıya özel uygulanan teminat altına alınmayan, sigorta şirketinin ödeme yapmadığı giderlerdir Meri Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/ hastalıklar ve bu hastalıkların nüks ve komplikasyonları dahil (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun olmasın) her türlü sağlık giderleri ve bunlara ait acil durumları bu poliçede teminat altına alınmamaktadır.

Standart İstisnalar: Bütün teminatlar ve sigortalılar için geçerli olan ve özel şartlarda belirtilmiş genel istisnalar.

Standart Tarife Primi: Sigortalı adaylarının yaşı, cinsiyeti, Sigorta Şirketi istatistikleri ve sağlık enflasyonu dikkate alınarak teminat bazında hesaplanan primdir.

Sigortalı Tanıtım Kartı: Sigortalı'nın adına tanzim edilerek Sigorta Poliçesi'nin ekinde sunulan ve Anlaşmalı Kuruluş'larda ibraz edilmesi zorunlu olan kişiye özel kart.

Tanzim Tarihi: Poliçenin düzenlendiği tarih.

Yıllık Toplam Teminat: Sigortacı' nın bu sigorta sözleşmesinin şartları içerisinde istisna, bekleme süresi, limit ve muafiyet dışında üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamı Sigortalının,yıllık olarak belirtilen teminatından, Sigorta Sözleşmesi dönemi süresince kullanabileceği azami gider toplamıdır.

Teminat Limiti: Sigortacının Poliçe özel ve genel şartları gereği, poliçe döneminde oluşan sağlık giderleri için sigortalıya verdiği güvence limitidir.

TTBAÜ: Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi;Türk Tabipleri Birliği merkez konseyinin 6023 sayılı yasasına dayanarak hekimlerin muayene/ tedavi/ tetkik için almaları gereken,asgari ücretleri saptama amacıyla düzenlenmiş birimler listesidir. Ücretlendirme ,belirlenen birimlerin ilgili ilin tabip odalarınca belirlenen ve dönemsel olarak değişen katsayı ile çarpımında KDV eklenerek yapılır.

Yineleme: Bu üründe yenileme yapılmamaktadır.

MADDE 3 - BAŞVURULAR

Sigorta Ettiren / Sigortalı adaylarının ilk ve sonradan yapacakları bütün başvuruların, Sigortacı tarafından temin edilen başvuru formları ile yapılması, beyan kısımları da dahil olacak şekilde sigortalanacak her kişi için eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerekir. Sigorta Poliçesi için yapılacak her türlü başvuru ve/veya değişiklik taleplerinin Sigorta Ettiren tarafından yazılı ve ıslak imzalı olarak istenmesi şarttır.

Sigorta Ettiren, her poliçe döneminde yeni bir başvuru formu doldurup Sigortacı'ya başvuruda bulunmalıdır. Sigortacı, Sigortalı'nın sağlık riskini değerlendirmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sigortacı'nın başvuruyu red etme hakkı saklıdır.

Sigortacı, başvuru formunun doldurulması sırasında ilk prime mahsup edilmek üzere alınan primi (kaporayı) başvuruyu herhangi bir sebep ile poliçeleştirmemesi durumunda Sigorta Ettiren'e iade eder.

MADDE 4 - TEMİNATLAR

4.1. KAPSAM

Sigortalı için Teminat Kapsamı, Sigorta Sözleşmesi ve teminat tablosunda belirlenmiştir.

Sigorta Sözleşmesi, Sigortalı'ya verilen teminatların kapsamını, her hizmet ya da teminat düzeyinde tazminatın temelini, sınıfını, limitlerini, teminat yüzdesini, Sigortacı'nın katılım payını, özel istisnaları ve uygulanabilecek bütün özel şartları, sağlık hizmetlerinin türünü, Anlaşmalı Kuruluş'ları ve Teminat Bölgesi'ni belirtir.

Sigortalı'nın kabul edilebilir tazminatlarının bu sigorta sözleşmesi yürürlükteyken gerçekleşmiş olması gerekmektedir. Meri poliçe başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/ hastalıklar ve bu hastalıkların nüks ve komplikasyonları dahil (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun olmasın) her türlü sağlık giderleri ve bunlara ait acil durumlar bu poliçede teminat altına alınmamaktadır. Bu hastalıklardan kaynaklanan iş bu özel şartlar "Teminat kapsamına Dahil Durumlar" başlığında belirtilen Acil Vaka'larda teminat kapsamı dışındadır Bu sigorta sözleşmesi yürürlükteyken başlayan ve kesintisiz olarak Sigorta Sözleşmesi'nin Bitiş tarihine kadar süren hastane tedavi masrafları sigortalının teminat ve limitleri dahilinde ödenir. Sigorta süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşme yapılmaması durumunda, Sigorta Sözleşmesi'nin Bitiş Tarihi'nde tedavisi devam eden sigortalıların tedavi giderleri bitiş tarihi itibarıyla 10.güne kadar teminat altındadır.

Sigorta Sözleşmesi'nin iptali veya Sigortalı'nın Sigorta Sözleşmesinden çıkarılması halinde iptal, çıkartılma tarihinden sonraki hastane tedavi masrafları karşılanmaz.

4.2. TEMİNAT KAPSAMINA DAHİL DURUMLAR

Aşağıda listesi verilmiş olan durumlar ve hastalıklar Acil Vaka'lar olarak nitelendirilir. Demir Hayat Sigorta Call Center tarafından onaylanan Acil Vaka kapsamındaki durumlar sertifikada belirtilen katılım oranında, Demir Hayat Sigorta A.Ş. tarafından belirlenen teminat limitleri esas alınarak ödenecektir.

Demir Hayat Sigorta A.Ş.Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212) 288 68 51 (pbx) - (212) 216 63 53 (pbx) Fax: (0212) 274 65 85
İç Anadolu Bölge Müd. Ehlibeyt Mah.,Ceyhun Atuf Kansu Cad.,Tekstilciler sok, Bayraktar Plaza No:17/7 A Blok Kat:3 06520 Balgat/ Çankaya /ANKARA
Tel: (312) 466 02 80 (pbx) - (312) 427 32 70 Fax: (0312) 427 39 82

1. Suda Boğulma: Solunum ya da kalp durması durumları veya hastanın genel durumunda boğulmaya yol açacak derecede akciğerlere su girişinin olduğu durumlar.
2. Trafik Kazası: Omurga yaralanmaları ve kanamalı kırıkların olduğu akut durumlar. O an için hastanın durumunu etkilemese bile iç kanamaya yol açabilecek ciddiyette göğüs, karın ya da kafa travmaları. Vücutta büyük kanamaya yol açan; araç parçalarının yol açtığı kesici, delici yaralanmalar.
3. Tecavüz
4. Terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklama, kavga vb. (Kendisinin olayın hazırlayıcısı yada tarafı olmadığı, kazaen maruz kaldığı durumlarda geçerli)
5. Yüksekten düşme: Omurga yaralanmaları ve kanamalı kırıkların olduğu akut durumlar. O an için hastanın durumunu etkilemese bile iç kanamaya yol açabilecek ciddiyette göğüs, karın ya da kafa travmaları. Vücutta büyük kanamaya yol açan; araç parçalarının yol açtığı kesici, delici yaralanmalar.
6. Ciddi iş kazaları, uzuv kopmaları: 2. maddedeki durumlara ek olarak, sigortalının yaptığı iş ile ilgili acil durumlar. örn: Zehirli gazların solunması, kimyasal maddelerin içilmesi ya da kişinin üzerine dökülmesi, parmak, el, ayak, kol veya bacağın kısmen ya da tamamen kopması.
7. Elektrik çarpması: Yanık, organ hasarı yapabilecek ya da kalp ritmini bozabilecek derecede ciddi elektrik çarpmaları.
8. Donma, soğuk çarpması: Hayati fonksiyonları etkileyecek şoka götürebilecek, uzuvlarda kangren yapabilecek derecede soğuğa maruz kalması.
9. Isı Çarpması: Kalp ritmini, tansiyonu ya da bilinç durumunu etkileyecek derecede güneş etkisine maruz kalma ya da sıcak ortamda kalma durumları.
10. Ciddi yanıklar: Büyük sıvı kaybına, organ kaybına ya da cilt hasarına yol açabilecek genişlikte ateş, kimyasal madde, elektrik vb. yanıkları. Solunum yollarında daralmaya yol açabilecek derecede duman ya da sıcak hava solunmuş olması.
11. Ciddi göz yaralanmaları: Gözde hasara yol açabilecek ciddiyette kesici, delici alet yaralanması, kunt travma ya da kimyasal madde teması.
12. Zehirlenmeler: Olay anında yaşamsal fonksiyonları bozmuş olan ya da ilerleyen saatlerde bozma ihtimali yüksek olan maddelerin ağızdan alınması, kimyasal maddelerin ciddi teması ya da zehirli gazların solunması.
13. Anafilaktik şok: Kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları.
14. Travma sonucu omurga ve alt-üst ekstremitte kırıkları: Her türlü kırık, çıkık, burkulma ve alçı giderleri, dikiş atılması.
15. Kalp krizi, hipertansiyon krizleri: Geçirilmekte olan kalp krizi, acil tedavi gerektiren kalp ritmi bozukluğu türleri, kan basıncının beyin kanaması vb. ciddi durumlara yol açabilecek derecede yükselmesi.
16. Akut solunum problemleri: Ciddi solunum yetersizliğine yol açabilecek suda boğulma, yabancı cisim yutma, alerjik reaksiyon, solunum yolu yanıkları.
17. Şuur kaybına neden olan her türlü organik kusur: Kişinin bilinç durumunda bozulmaya yol açabilecek bayılma, kalp travması gibi durumlar.

18. Ani felçler: Beyin kanaması, omurga yaralanması vb. nedenlerle kişinin uzuvlarının ya da tüm vücudunun hareket kabiliyetini ya da hissetme kabiliyetini yitirmesi.

19. Ciddi genel durum bozukluğu: Besin yetersizliği, yetersiz bakım, uzun süren ağır hastalık vb. nedenlerle kişinin sağlığının genel anlamda tehlikeli olabilecek derecede bozulması.

20. Yüksek Ateş: Zehirlenme, infeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konviziya (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede yükselmesi. Yüksek ateş ortalama 39,5°C ve üzeri olarak kabul edilir.

21. Diabetik ve üremik koma: Diabet (şeker hastalığı) ve böbrek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar.

22. Genel durum bozukluğunun eşlik ettiği dializ hastalığı

23. Akut batın: Mide, barsak gibi içi boş organların delinmesi, barsak tıkanması ya da düşümlenmesi, safra yollarının taş veya iltihap nedeniyle tıkanması vb. gibi acil cerrahi müdahale gerektiren, karı içi organlarla ilgili hastalıkların ortaya çıkması.

24. Akut masif kanamalar: Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar.

25. Menenjit, ensefalit, beyin apsesi: Sinir sistemi fonksiyonları dolayısıyla ya yaşamsal fonksiyonları etkileyebilecek bilinç durumunda değişikliklere yol açabilecek beyin ve beyini çevreleyen zarla ilgili iltihabi, infektif hastalıklar.

26. Renal kolik: Böbrek taşlarının yol açtığı, ilerlemesi durumunda idrar yolu ya da böbrek hasarına yol açabilecek ağrı oluşturan durum.

4.3. TEMİNAT TANIMLAMALARI

a) Acil Cerrahi Yatış Teminatı

Acil durum nedeniyle cerrahi müdahale ve/veya yatış gerektiren durumlarda, cerrahi müdahale ve/veya yatışa ilişkin ameliyathane, operatör, narkozitör, asistans, narkoz, ilaç ve sarf malzemeleri giderleri poliçede yazılı limit ve katılım oranı dahilinde vaka başına ödenir.

Sigortalının Akut Miyokard Enfaktüsü (AMI) geçirmesi durumunda hastanede müdahale, anjiyografi, PCTA, By-Pass vb. tüm müdahale giderleri tek bir vaka olarak kabul edilir. Sigortalının durumunun stabil hale gelmesi sonrasında devam eden ve/veya planlanan tedavi giderleri poliçe kapsamında değerlendirilmez.

b) Acil Dahili Yatış Teminatı

Acil durum nedeni ameliyatsız yatışlara ve/veya sigortalının yatmasını gerektirmeyen cerrahi ve ortopedik müdahalelere ait konsültasyon ve doktor ücreti, kan ve kan plazması dahil gerekli malzeme, oksijen, anestezi, alçı ve dikiş uygulaması, kullanılması doktorca gerekli görülen standart korse ve ortopedik destekleyiciler, bandaj, sargı, pansuman vb. giderleri, elektrokardiyografiler, röntgen, MR, tüm diagnostik laboratuvar testleri ve hasta bakım hizmetleri giderleri poliçede yazılı limit ve katılım oranı dahilinde vaka başına ödenir.

c) Oda Yemek Teminatı

Acil durum nedeni ile sigortalının hastanede yattığı her tam gün için oda-yemek (standart tek yataklı oda ücreti ile sınırlıdır) ve hemşirelik hizmetlerine ait giderler poliçede yazılı limit ve katılım oranı dahilinde günlük olarak ödenir.

d) Yoğun Bakım Teminatı

Acil durum nedeni ile sigortalının hastanede yoğun bakım ünitesinde geçirdiği her tam gün için yoğun bakım hizmetlerine ait giderler poliçede yazılı limit ve katılım oranı dahilinde günlük olarak ödenir.

e) Ambulans Teminatı

Sigortalı'nın T.C. sınırları içerisinde teminat kapsamındaki bir hastalık veya kaza nedeniyle bulunduğu yerden yerel ruhsatlı bir kara ambulansı ile en yakın tam teşekküllü hastaneye, hastaneden eve, evden hastaneye taşınması veya Sigortalı'yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve Demir Hayat Sigorta Call Center tarafından onaylanması halinde; bulunduğu il ve hastaneden bir diğer il ve hastaneye, kara ve/veya hava ambulansı ile taşınması için yapılan masraflar sertifikada belirtilen ilgili teminat , limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

4.3.1. EK TEMİNAT:**a) Ferdi Kaza Teminatı**

Ferdi Kaza Teminatının bulunması durumunda poliçe kapsamında iken geçirilen bir kaza sonucu gelişen vefat veya kalıcı maluliyet halinde poliçe ve/veya sertifika üzerinde belirtilen üst limit ile poliçe ekinde verilen Ferdi Kaza Genel Şartları doğrultusunda sigortalı veya belirtilen menfaatlara ödeme yapılır.

MADDE 5 - STANDART İSTİSNALAR

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2 ve 3'de belirtilen Teminat Dışı hallerden başka, aşağıda belirtilen durumlar bu Poliçe'nin tüm Teminatları için kapsam dışı tutulmuştur.

- Madde 4: Teminatlar bölümünde belirtilen, teminat kapsamına dahil olarak tanımlanan acil durumlar dışındaki tüm durumlar ve bunların neticesi, devamlılık arz eden haller,
- Demir Hayat Sigorta A.Ş. Call Center tarafından onaylanmayan Acil Durumlar, özel hemşirelik giderleri ve ambulans giderleri,
- Demir Hayat Sigorta Call Center tarafından onaylanmış Acil Durumlar sonrası Sigortalı'nın durumunun stabil hale getirilmesinden sonra süre gelen tedavi giderleri,
- Sigortacılık mevzuatı ile Sağlık Sigortası Genel Şartlarına aykırı düşen tüm haller,
- Meri poliçe başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/ hastalıklar ve bu hastalıkların nüks ve komplikasyonları dahil (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun olmasın) her türlü sağlık giderleri ve bunlara ait acil durumlar bu poliçede teminat altına alınmamaktadır. Bu hastalıklardan kaynaklanan iş bu özel şartlar "**Teminat kapsamına Dahil Durumlar**" başlığında belirtilen Acil Vaka'larda teminat kapsamı dışındadır.
- Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tanı, tedavi veya her türlü cerrahi müdahalelerdeki hatalar sonucu doğacak sağlık giderleri,
- Tıp doktoru olmayan kişiler, diş hekimleri veya Sağlık Bakanlığı çalışma ruhsatı bulunmayan merkezlerce yapılmış ve/veya istenmiş olan tanı amaçlı inceleme, tedavi ve muayene giderleri, reçete edilmiş tüm ilaç ve malzemeler,
- Madde 2 Terimler ve Tanımlar kısmında belirtilen Gereksiz Yatarak Tedavi işlemleri ve belirli bir şikayet ve/veya hastalığa bağlı olmayan, şikayetle ilgisiz yapılan tanı ve tedaviler ile ilgili harcamalar (Check-up, rutin kontrol vb.)
- Refakatçi giderleri,
- İntihar veya intihara teşebbüs (Hangi akıl ve ruh hali ile olursa olsun),

• Profesyonel, amatör veya hobi amaçlı olsun olmasın tüm tehlikeli spor faaliyetleri ve/veya bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetlerden doğan ve 1500 USD'i aşan tedavi giderleri istisnadır (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütcülük, parapant, delta kanatla uçuş, ata binme, kayak yapma, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma vb.)

• Resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar ve kötü niyetli başlatılmış salgın hastalıklar

MADDE 6- TAZMİNAT ÖDEMELERİ

Sigortalının poliçe dönemi içerisinde sahip olduğu teminatlar doğrultusunda kabul edilebilir tazminat tutarı; Sertifikada tanımlı ilgili teminattan, teminat limiti ve ödeme oranı doğrultusunda ödenir. Teminat limitinden kabul edilen tazminat tutarı düşmektedir.

Sağlık kurumlarında Sigortalı tarafından yapılmış ödemeler ile sağlık giderlerini gösterir fatura asıllarının sigortacıya ulaştırılması karşılığında ödenir.

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

Madde 7 'de belirtildiği şekilde Sigorta Şirketi tarafından Yurtdışı giderleri geçerli kabul edilmiş ise, Yurtdışında gerçekleştirilmiş sağlık giderlerine ait yabancı dilde düzenlenmiş ödemelerde gerekli her türlü belgenin noter tasdikli Türkçe veya İngilizce tercümesi sigortacıya iletilmelidir.

Madde 4'de belirtilen Acil Durumlar Teminat kapsamındaki ödemelerin yapılabilmesi için Demir Hayat Sigorta Call Center departman onayı ve aşağıdaki belgelerin sigortacıya iletilmesi gereklidir. Tüm evrakların eksiksiz ulaşmasından sonrası değerlendirmesinde tamamlanması ve onaylanması ile 15 iş günü içerisinde ödeme yapılacaktır.

- Dökümlü hastane faturaları, yatış nedenini gösterir rapor,
- Cerrahi girişimlerde ayrıntılı ameliyat raporu (parça alınmışsa patoloji sonuç raporu dahil),
- Gerekli görüldüğünde müşahede dosyası, trafik kazası tespit tutanağı, adli rapor, adli tutanak, alkol raporu, sigortalı beyan,
- Epikriz (çıkış özeti) raporu,
- Gerekli görüldüğünde laparoskopik / artroskopik / endoskopik ameliyat kasetleri

Eğer masraflar teminat limitini aşıyorsa fark, sigortalı/ sigorta ettiren tarafından karşılanır.

MADDE 7-SİGORTANIN COĞRAFI SINIRI

Bu poliçede geçerli olan coğrafi sınır poliçede belirtilmiştir.

Seçilen teminat türüne göre Yurt dışında ve K.K.T.C'de yapılan tedavilere ait giderler, tedavinin yapıldığı ülke parasının fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası efektif satış kuru esas alınarak poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir. Yurt dışındaki tedavilerde, sigortalı tedavi tarihinde tedavinin yapıldığı ülkede bulunduğunu belgelemek kaydıyla poliçedeki teminatlardan yararlanabilir.

Tedavi giderleri ile ilgili dökümanlar, İngilizce dili dışında bir dilde tanzim edilmiş ise, ödemenin yapılabilmesi için tüm dökümanların İngilizce veya Türkçe dillerinden birine noter tasdikli tercümesinin Sigortacıya iletilmesi gerekmektedir.

Sigortacı tarafından aksi belirtilmedikçe T.C. sınırları dahilinde ikamet edenler sigortaya kabul edilir. Poliçe başlangıcından sonraki ikamet edilen ülke değişiklikleri en geç bir ay içinde yazılı olarak Sigortacı'ya bildirilmelidir. Sigortacı'nın böyle bir durumun tesbiti için pasaport talep etme hakkı saklıdır.

Poliçe dönemi içerisinde yurt dışında kesintisiz olarak 3 aydan fazla ikamet eden Sigortalı'ların Teminat'ları yurt dışında kaldığı üçüncü aydan itibaren durur. Teminatların durduğu dönem içerisinde yurt dışında oluşacak tedavi masrafları için Sigortacı tazminat ödemez.

Sigortalı'nın Sigorta Poliçesinin Bitiş Tarihi'nden önce Türkiye gümrüğünden giriş yapmasının ardından Teminat'ları yeniden başlar. Bu sebeple Sigorta Ettiren'in 3 aydan fazla yurt dışında konaklaması gereken durumları Sigortacıya bildirmesi gerekir. Sigortacının, gidilecek ülkeye göre teminatı durdurma veya özel şartlarla devam ettirme hakkı saklıdır.

MADDE 8- SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE YENİLEME GARANTİSİ VERİLMESİ

Bu poliçe 1 yıllıktır. Sözleşmenin bitiş tarihinden itibaren kendiliğinden sonlanır ve teminatlar durur.

Sigorta ettirenin talebi durumunda yeni bir poliçe düzenlenir. Bir önceki poliçeden kazanılmış hak söz konusu değildir.

Bu Demir Acil sağlık sigortasında herhangi bir Yenileme Garantisi uygulaması yoktur.

MADDE 9-SİGORTANIN SÜRESİ VE PRİMLER

Poliçe, başlangıç tarihinden itibaren 1 yıl süre ile geçerlidir. Poliçe teminatları poliçe başlangıç tarihinde Türkiye saati ile öğlen saat 12:00 de başlar ve poliçe bitiş tarihinde Türkiye saati ile öğlen saat 12:00 de sona erer.

Poliçe primi hesaplanırken kullanılan yaşlar, poliçe başlangıç tarihi baz alınarak hesaplanır.

Yaş, bu tarih ile doğum tarihi farkının "gün/ay/yıl" olarak hesaplanması ile bulunur. Hesaplama kişi'nin en yakın yaşı dikkate alınarak ilgili tarife primi uygulanır.

Sağlık sigortası teminatları, sigortalı tarafından doldurulan başvuru formunun sigortacı tarafından kabul edilmesini takiben primin tamamı veya belirlenen ilk taksidin ödenmesi koşulu ve poliçenin tanzim edilmesi ile başlar.

Her sigortalı için ayrı prim alınmaktadır.

Poliçeler yıllık düzenlenir ve kullanım nedeni ile indirim/ek prim uygulaması yapılmamaktadır. Standart tarife primleri yıllık maksimum %50 oranında arttırılabilir.

MADDE 10- SİGORTAYA KABUL ve KONTROL YETKİSİ

Bu sigorta teminatları, sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden ve Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası veya geçici kimlik numarası sahibi gerçek kişiler için geçerlidir.

Bu sigorta 14 günden büyük bebekler- 66 yaşından küçük kişileri teminat altına alır. Sigorta Ettirenin 18 yaşından büyük olması şarttır.

0-18 yaş arası çocuklar ise aile kapsamında ve/veya kanunen bakmakla yükümlü en az bir kişi ile teminat kapsamına alınabilir.

Talep edilmesi durumunda sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş ve orta veya yüksek öğrenimine devam eden bekar çocukları da 24 yaşına kadar (24 yaş dahil) sigorta teminatına dahil edilebilirler.

Sigorta Ettiren/ Sigortalı adaylarının, gerek ilk başvuruları gerekse sonradan yapacakları bütün başvurular için Sigortacı tarafından verilecek formların eksiksiz ve doğru olarak doldurulması şarttır.

Meri Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklar ve bu hastalıkların nüks ve komplikasyonları dahil (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun olmasın) her türlü sağlık giderleri ve bunların acil durumları bu poliçede teminat altına alınmamaktadır.

Sigortacı'nın ilk ya da daha sonraki başvuruları reddetme ya da uygun gördüğü koşullarda kabul etme hakkı saklıdır. Sigortacı aldığı kararın sebebini açıklar, fakat haklı olduğunu kanıtlama zorunluluğu yoktur.

Sigortalı, devamlı ikamet ettiği ülkenin değişmesi halinde sigortacıyı en geç bir ay içinde durumdan yazılı olarak haberdar etmelidir. Aksi takdirde sigortacı böyle bir durumun tespiti amacıyla pasaport talep etme ve poliçe kapsamında verilmiş ise yurt dışı tedavi giderleri teminatı kapsamında tazminat ödemesi yapmama hakkını elinde tutar.

Tazminat aşamasında Sigortacı sigortalının sağlık riskini değerlendirebilmek için tıbbi incelemeler ve sigortalıdan ve/ veya 3. kişilerden ek bilgi ve belge isteme hekim görüşüne başvurma hakkına sahiptir. Bu durumda oluşturabilecek masraflar Şirketçe karşılanır.

Başvurunun kabul edilmesinden önce ilk prime mahsup edilmek üzere para alınsa bile, Sigortacı başvuruyu reddetme hakkını saklı tutar ve red edilmesi durumunda Sigortacı kapora olarak ödenen meblağı Sigorta Ettiren'e iade eder.

Sigortacı, gider bildiriminde bulunulması durumunda veya sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir. Ayrıca sigorta süresi öncesinde ve sigortalı olunan sürece, sigortalıyı tedavi eden tüm doktor, sağlık kuruluşu ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma ve her türlü kayıt kopyalarını isteme hakkına da sahiptir. Sigortalı bu nedenden dolayı gerek Sigortacıya ve gerekse tedavisi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarına karşı herhangi bir hak iddia etmeyeceğini kabul eder. Sigortacı kendi adına, gerçekleşen giderleri incelemek için bağımsız temsilciler atayabilir. Sigorta Şirketi, 5684 numaralı Sigortacılık Kanunu hükümleri gereği sigorta ettiren ve sigortalıya ait tüm bilgileri gizli kalması kaydı ile Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Hazine Müsteşarlığı ve kanunen bilgi vermekle yükümlü olduğu kurum ve kuruluşlarla paylaşacağı gibi bilgi de alabilecektir. Sigorta ettiren ve sigortalı, poliçe başvuru aşamasında verdiği yazılı onayla bu konuda Sigorta Şirketini yetkili kıldığını kabul eder.

MADDE 11: GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Bu poliçede başka bir şirketteki sağlık veya hastalık poliçesinden veya Demir Hayat Sigorta A.Ş. deki farklı sağlık veya hastalık sigorta ürünlerinin birinden geçiş söz konusu olmadığı gibi, **kazanılmış hak transferi de yapılmaz.**

MADDE 12- SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ VE SİGORTA ŞARTLARINDA DEĞİŞİKLİK HAKKI

Sigorta süresi içinde yeni giriş işlemleri ve plan değişimi yapılmamaktadır.

MADDE 13-PRİMLERİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN TALEBİ SONUCU İPTAL VE POLİÇEDEN ÇIKIŞ TALEPLERİ

Sigorta Ettiren'in, primi ödememesi veya yanlış beyanda bulunması halinde, Sağlık Sigortası Genel Şartları'na uygun olarak Sigortacı bu Poliçe'yi gün esasına göre iptal etme hakkına sahiptir.

Prim borcunun zamanında ödenmemesinin sonuçları Türk Ticaret Kanunu'nun 1434.maddesinde ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarının 8. maddesinde açıklanmıştır

Sigorta Ettiren, bu Poliçe'nin iptal edilmesini geçerlilik tarihini bildirerek yazılı olarak bildirmesi kaydı ile Sigortacı'dan resmen talep etme hakkına sahiptir.

Sigorta Ettiren'in iptal talebinde bulunması halinde, Sigortacı ilgili prim iadesini, İptal Tarihi'nden başlayıp Bitiş Tarihi'ne kadar olan süre esas alınarak gün esasıyla hesaplayacaktır. Sigorta ettirenin iptal talebinde bulunması sırasında prim borcu var ise mevcut prim borcunu nakden ve def'aten ödemekle yükümlüdür. Poliçenin iptal edilmesi veya Sigortalı'nın poliçe kapsamından çıkması halinde, poliçe kapsamı dışında kalan bu kişiler adına düzenlenmiş evrakların ve Sigortalı kartının Sigortacı'ya iade edilmesi sorumluluğu Sigorta Ettiren'e aittir. Evrakların eksik olarak teslim edilmesinden doğacak kayıplar Sigorta Ettiren'e rücu edilir.

Sigorta ettirenin borçlarını ödeyememesi, zorunlu veya isteyerek tasfiyeye girmesi, konkordato ilan etmesi veya yönetiminin kayyuma devredilmesi, işini herhangi bir nedenden terk etmesi veya bunlara benzer hareketleri ile borçlarını ödeyemeyeceği izlenimini vermesi, sözleşme süresi içinde iflas etmesi, faaliyetlerini tatil etmesi veya borçlarını ödemede acze düşmesi, sözleşmenin devamını imkansızlaştıracak mahiyette mahkum olması hallerinde sigorta sözleşmesi kendiliğinden münfesi olur.

Aile kapsamında bulunan çocuğun 18 yaşını doldurması veya evlenmesi halinde sigortalılığı sona erer. Çocuğun 18 yaşını doldurmasına rağmen tam gün eğitimine devam etmesi halinde sigortalılığı 24 yaşına kadar (24 yaş dahil) devam eder. Bu süre zarfında evlenmesi veya eğitiminin herhangi bir nedenle bitmesi halinde sigorta ettiren tarafından 30 gün içerisinde bu durumun bildirilip sigorta poliçesinden çıkması talep edilmelidir.

Bu Poliçe ile teminat altına alınan Sigortalı, Kanunen Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi tanımlamalarından çıkmış ise, bu durumun meydana gelmesinden sonra 30 gün içerisinde Sigorta Ettiren Sigortalının Poliçeden çıkarılmasını Sigortacıdan resmen talep etmelidir. Çıkarma işlemi ile ilgili olarak Sigortacı'nın Sigorta Ettiren'e borçlu olacağı herhangi bir prim iadesi, çıkarma tarihinden başlayarak ilgili Poliçe'nin Bitiş Tarihi'ne kadar, gün esasıyla hesaplanacaktır.

Sigortacı, poliçenin Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartlarına aykırı olan giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri Sigortalıdan ve/veya Sigorta Ettirenden müştereken ve müteselsilen rücu etme hakkına sahiptir.

Tüm yukarıda ifade edilen sebepler nedeni ile yapılacak poliçe iptali veya sigortalı çıkışı durumlarında; riziko gerçekleşince, ödenecek tazminata veya bedele ilişkin primlerin tümü muaccel olur.

MADDE 14. SİGORTA ETTİRENİN VEYA SİGORTALININ VEFATI

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalının vefatı durumunda ise Sigortacı aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar. Sigorta Ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren ile poliçede yer alan Sigortalı/ Sigortalıların farklı olması durumunda Sigortacı sigortalıları yazılı veya elektronik ortamda bilgilendirir. Sigortalıların Sigorta Ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde hemen başvurmaları kaydı ve Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının sigortacı'ya iletilmesi halinde Sigorta Ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda madde 13'de belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçede, Sigorta Ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde madde 17'de belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlem yapılarak iade edilecek prim tutarı söz konusu olursa iade kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu Poliçelerde, Sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Madde 13'de belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi Sigorta Ettiren'e yapılır.

Vefat eden sigortalıya ait ödenmemiş sağlık giderleri varsa kanuni varislerine ödenebilmesi için veraset ve vergiye ilişkin evrakların, sigortalının kanuni varisleri tarafından Sigortacıya iletilmesi gerekir.

Vefat nedeni ile iptal olan poliçelerde, hakedilen prim gün esasına göre hesaplanır.

Vefat nedeni ile yapılacak poliçe iptali veya sigortalı çıkışı durumlarında; riziko gerçekleşince, ödenecek tazminata veya bedele ilişkin primlerin tümü muaccel olur.

MADDE 15. KÖTÜ NİYET SONUCU İPTAL

Sigorta poliçesi ile teminat altına alınmayan kişilerin bu poliçenin teminatlarından yararlandığının ve/ veya sigorta şirketinin tazminat ödeme kararına temel teşkil etmesi için gerçekleştirdiği araştırmalarda sigortalının bilgisi dahilinde şirketin yanlış veya eksik yönlendirilmesinin saptanması durumunda Demir Hayat Sigorta A.Ş. kişinin sigortasını prim iadesi yapmadan iptal etme, ödemiş olduğu tazminatı geri isteme hakkına sahiptir.

MADDE 16. RÜCU HAKKI

Sigortacı, Poliçenin Özel Şartları'na ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarına aykırı düşen giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıdan fer'ileri ile birlikte tahsil etme hakkına sahiptir.

MADDE 17. UYARILAR

Demir Hayat Sigorta A.Ş.'in Anlaşmalı ve İndirimli sağlık kurumu olarak listelediği herhangi bir kurum, kuruluş ve / veya kişinin; Demir Hayat Sigorta A.Ş.'in Sigortalılarına ekonomik bir fayda temin etmeye yönelik ve Sigortalıların bu kişi, kurum veya kuruluşları seçip seçmemekte tamamen serbest olduğu ek bir hizmetidir. Bu hizmet, hiçbir şekilde Demir Hayat Sigorta A.Ş. tarafından yapılan bir tavsiye veya yönlendirme olarak değerlendirilmeyeceği gibi, anılan kişi, kurum veya kuruluşun tanı, tedavi, tedavi sonrası değerlendirmeleri ile her türlü kontrol ve tarama amaçlı tetkiklerine dair uygulamala ve sonuçları açısından hiçbir şekilde bir garanti anlamına gelmemektedir.

Sigortalı / Sigorta Ettiren / Lehdar / Hak Sahibi sıfatını haiz olduğunuz sigorta ilişkisinde tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermeniz durumunda, tazminatı eksik alma veya alamama hâlleri ortaya çıkabileceği gibi 30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Hükümleri" çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

Hazine Müsteşarlığı'nca 23 Ekim 2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmış Özel Sağlık Sigortaları yönetmeliği gereğince; Demir Hayat Sigorta A.Ş. sigortalıya ilişkin sigortalılık kayıtları ve diğer sağlık ve kişisel bilgileri Hazine Müsteşarlığı ve diğer mevzuat ve kanunların öngördüğü kapsamda SBGM (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi) ve diğer resmi kurum, kuruluşlarla paylaşır.

Sigorta ettiren ve/ veya sigortalı, poliçe başvurusu ile verdiği yazılı onay kapsamında tüm kişisel ve sağlık bilgilerinin riziko kabul uygulanması amacı ile diğer sigorta şirketleri ile paylaşımına Sigorta Şirketini yetkili kıldığını kabul eder.