

İÇİNDEKİLER

DEMİR HAYAT GÖKKUŞAĞI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Madde	1-Sigorta Konusu
Madde	2-Tanımlar
Madde	3-Teminatlar
	A-Yatarak Tedavi Teminatı
	B- Küçük Müdahale Teminatı
	C- Doğum Teminatı
	D-Hamilelik Teminatı
	E-Ayakta Tedavi Teminatı
	E1-Doktor Muayene Teminatı
	E2-İlaç Teminatı
	E3-Tahlil-Röntgen Teminatı
	E4-Modern Teşhis Yöntemleri Teminatı
	E5-Fizik Tedavi Teminatı
	F-Destek Ayakta Tedavi Teminatı
	G- Gündelik Bakım parası ve Günlük iş görememe parası Teminatı
3.1	Ek Teminatlar
3.1.1	-Yıllık check-up ve PSA-Mamografi Teminatı
3.1.2	Diş Tedavi Teminatı
3.2.3	Gözlük ve Lens Teminatı
Madde	4- Bekleme Süreleri
Madde	5- Standart İstisnalar
Madde	6-Tazminat Ödeme Uygulamaları
Madde	7- Sigortanın Coğrafi Sınırı
Madde	8-Demir Hayat Sigorta Risk Kabul Değerlendirmesi
Madde	9-Poliçe Yenilemesi
Madde	10-Demir Hayat Yenileme Garantisi
Madde	11- Ömür Boyu Yenileme Garantisi
Madde	12- Sigortanın Süresi Ve Primler
Madde	13- Sigortaya Kabul ve Kontrol Yetkisi
Madde	14- Geçiş İşlemleri, Kazanılmış Haklar
Madde	15- Sigorta Süresi İçerisinde Yeni Giriş İşlemleri Ve Sigorta Şartlarında Değişiklik Hakkı
Madde	16- Hasar Indirim / Ek Primi
Madde	17- Primlerin Ödenmemesi Veya Sigorta Ettirenin Talebi Sonucu İptal Ve Poliçeden Çıkış Talepleri
Madde	18- Sigorta Ettirenin Veya Sigortalının Vefatı
Madde	19- Kötü Niyet Sonucu İptal
Madde	20- Sigorta Süresinin Sona Ermesinden Sonraki Tedaviler
Madde	21- Rücu Hakkı
Madde	22-Uyarılar

GÖKKUŞAĞI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Bu özel şartlar, 17.06.2014 tarihi itibarı ile ilk yıl ve yineleme olarak Başvuru Formları düzenlenen tüm Demir Hayat Gökkuşığı Sağlık Sigortası poliçeleri için geçerlidir.

Demir Hayat Sigorta A.Ş., Sigorta Ettiren'in başvuru formunda verdiği bilgilere göre belirlenen primin ödenmesi ve Sigorta Poliçesi'nin ayrılmaz eklerinde yeralan taahhütlerin yerine getirilmesi koşulu ile başvuru formunda adı geçen Sigorta Ettiren ile anlaşarak Sigortalı'nın Teminat Kapsamı'nda belirlenen sağlık masraflarını karşılamayı kabul eder.

Sigorta Poliçesi, Sigorta Ettiren/Sigortalının doldurup imzaladığı ve Sigortacı'nın kabul ettiği Başvuru Formu, Sağlık Sigortası Özel ve Genel Şartları, Sertifika, Sigorta Tanıtım Kartından meydana gelmektedir.

1-SİGORTA KONUSU

Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ek olarak sigortalının bir hastalık ve/ veya kaza halinde, Sağlık Bakanlığı'nca ruhsat verilmiş her tür özel veya resmi sağlık kuruluşunda yatarak ve/ veya ayakta hasta olarak tedavisi için gerekli olan masrafları aşağıda yazılan şartlar ve poliçede belirtilen limitler dahilinde ödenir.

Sigorta teminatı sadece sigorta poliçesinde yer alan kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler teminattan yararlanamazlar. Bu poliçe ile verilmiş sağlık sigortası teminatları poliçe üzerinde ve sertifikada belirtilenler ile sınırlıdır.

Bu poliçede gündelik bakım parası ve günlük iş görememe parası teminatları yoktur.

Bu poliçede başka sigorta şirketinden transfer alınan sigortalılar için kazanılmış hak transferi şartları madde 12 de açıklanmıştır.

İşbu Özel Şartlarda belirtilmeyen hususlarda 23 Ekim 2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak 23 Nisan 2014 tarihinde yürürlüğe giren Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği hükümleri geçerlidir.

2-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, hayatı 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.

Anlaşmalı Doktor: Anlaşmalı Kurum ağı içinde yer alan Hastaneler, klinikler ve Tıp merkezlerinin kadrolu hekimleri ile Anlaşmalı Kuruluş ağı içerisinde özel bir sözleşme ile yer alan Tıp doktorları.

Anlaşmalı Kuruluş: Demir Hayat Sigorta A.Ş.'nin anlaşmalı kuruluş sözleşmesini onaylayarak ve Demir Hayat Sigorta A.Ş.'nin "Anlaşmalı Kuruluşlar" listesinde yer alan, Sigortalının poliçe özel ve genel şartlarına uygun olarak seçilen plan doğrultusunda katılım payı dışında ücret ödemediği, tıp doktorları, Hastaneler, tıp merkezleri, klinikler, eczaneler, laboratuvar ve fizik tedavi merkezleri.

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. Ehlîbeyt Mah., Ceyhan 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

Anlaşmasız Doktor: Anlaşmalı Kurum ağı içinde yer alan hastaneler, klinikler ve tıp merkezlerinde kadrolu olmayan ya da herhangi bir sözleşme ile bu ağı içinde yer almayan Tıp doktorları.

Anlaşmasız Kuruluş: Demir Hayat Sigorta A.Ş. ile arasında anlaşmalı kuruluş sözleşmesi bulunmayan ve Demir Hayat Sigorta A.Ş.'nin "Anlaşmalı Kuruluşlar" listesinde yer almayan tıp doktorları, hastaneler, tıp merkezleri, klinikler, eczaneler, laboratuvar ve fizik tedavi merkezleri.

Ayakta tedavi hizmeti veren klinikler, sanatoryumlar, fizik tedavi merkezleri, sağlık kulüpleri, bakımevleri, huzurevleri v.b. kuruluşlar, madde (uyuşturucu, alkol v.s.) bağımlılığı konularında uzman olanlar dahil Hastane kapsamına girmez.

Ayakta Tedavi: Bu Poliçe'nin kapsamı dahilinde, hastaneye kaldırılmayı veya hastanede tedavi edilmeyi, gözlem altında tutulmayı gerektirmeyen durumlardaki doktor bakımı ve muayenesi, önerilen ilaçların alınması, tanı amaçlı incelemeler, fizik tedavi, gelişmiş tanı hizmetleri.

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 adayı'nın sağlık durumuna göre uyguladığı, belirli tıbbi durumların teminat altında olmadığı süre.

Çıkarma Tarihi: Sigorta ettirenin talebi sonucunda ve / veya sigorta poliçesine sahip olmak için yapılmış olan sözleşme çerçevesinde mevcut poliçe genel ve özel şartlarına ilişkin hükümlerin yerine getirilmemesi durumunda Sigortalının, Sigortacı tarafından teminat kapsamından çıkarıldığı tarih.

Doğum: Hamilelik, doğum ve bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyon.

Fatura Başına Muafiyet: Kabul edilebilir tazminat kapsamına giren, Sigorta ettiren / Sigortalının üstleneceği Sigorta genel ve özel şartları ile limitler dahilinde kabul edilebilir tazminat başına uygulanan fatura başına toplam tazminat miktarıdır.

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.

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

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

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.

İstisnalar: Sağlık Sigortası Genel Şartları ve poliçe özel şartlarında tanımlı bulunan ve / veya sigortalıya özel uygulanan teminat altına alınmayan, sigorta şirketinin ödeme yapmadığı giderlerdir.

Kabul Edilebilir Tazminat: Sigorta genel ve özel şartlarında belirtilen, teminat kapsamına giren bütün tazminatlar.

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 bir Poliçe çerçevesinde teminat altına alındığı ve daha sonra hiç bir kesintiye uğramadan yenilendiği ilk Poliçe 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.

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. Ehlilbeyt Mah., Ceyhan 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

Kazanılmış Hak: Sigortalının poliçe yenilemelerini mevcut poliçenin bitiş tarihinden en erken 15 gün öncesi ile Bitiş Tarihi'nden itibaren en geç 30 gün içerisinde yapması durumunda, mevcut poliçe teminatları çerçevesinde geçerliliği devam edecek olan haklardır. Bunlar; Madde 4'de belirtilen bazı hastalıklarda teminatların kullanılabilmesi için geçmesi gereken süre yani bekleme sürelerinin uygulanması ile sınırlıdır.

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

Mevcut Beyansız Hastalık: Bu Sigorta Sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında veya öncesinde varolan ve / veya teşhis edilen ve / veya Sigortalı / Sigorta Ettiren tarafından bilinen herhangi bir rahatsızlığın veya hastalığın ve bunlara bağlı gelişen rahatsızlık / hastalıkların Sigorta Şirketi'ne beyan edilmemesi.

Ön Onay Formu: Yatarak tedavi ile Modern Teşhis Yöntemleri ve Fizik Tedavi gibi bazı ayakta tedavi işlemlerinde Tıp Doktoru tarafından doldurulup Demir Hayat Sigorta A.Ş.' ne gönderilecek form.

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.

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

Poliçe Bitiş Tarihi: Poliçenin geçerlilik süresinin bittiği tarih. (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00)

Senelik Muafiyet: Kabul edilebilir tazminat kapsamına giren, Sigorta ettiren / Sigortalının üstleneceği sigorta genel ve özel şartları ile limitleri dahilinde kabul edilebilir tazminat başına uygulanan senelik muafiyet miktarıdır.

Sigorta Poliçesi: Özel sağlık sigortası sözleşmesini belgeleyen evrak

Sertifika : Bu ferdi sağlık sigorta sözleşmesi kapsamında sigortalı bulunan kişiler adına düzenlenen, kişilere ait bilgileri, poliçe numarasını, sigortanın başlangıç ve bitiş tarihlerini, seçilen teminatları, network bilgisini, ödeme oranını, varsa istisnaları gösteren bir belge.

Sigortacı: Tescilli yapılarak işletme ruhsatı alan ve poliçe düzenleyen Sigorta Şirketidir. (Bu Özel Şartlar kapsamında Demir Hayat Sigorta A.Ş.)

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

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

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

Sigortalı Özel Şartı : Gerek poliçe üzerinde gerekse genel ve özel şartlarda belirtilen ve teminat kapsamı dışında tutulan durumlar ile sertifika dahil poliçede belirtilen istisnai durumlardır.

Sigortalının Katılım Payı: Sigorta ettiren / Sigortalının seçtiği teminat türü doğrultusunda üstleneceği sağlık harcama tutarıdır.

Tanıtım Kartı: Her sigortalının adına tanzim edilerek poliçenin ekinde sunulan ve anlaşmalı kuruluşların sağladığı sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştıran, kişiye özel kart.

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. Ehlilbeyt Mah., Ceyhan 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

Tanzim Tarihi: Poliçenin düzenlendiği tarih.

Tazminat Talep Formu: Ayakta tedavi işlemlerinde Tıp Doktoru tarafından doldurularak Demir Hayat Sigorta A.Ş.' ne harcama belgeleri ile gönderilecek form.

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

Tıp Doktoru: Hukuken, hastayı muayene etmeye, teşhis koymaya, teşhis ve tedavi için gerektiğinde müdahale etmeye yetkili olan uzman kişidir.

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 odalarına belirlenen ve dönemsel olarak değişen katsayı ile çarpımında KDV eklenerek yapılır.

Yatarak Tedavi: Tıbbi ve / veya cerrahi tedavi amacı ile Hastanede yatmayı, tedaviyi veya gözlem altında tutulmayı gerektiren durumlar.

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.

Yenileme: Sigorta Ettiren' in mevcut Sigorta Sözleşmesi' nin Bitiş Tarihi' nden önce en erken 15 gün veya Bitiş Tarihi' nden itibaren en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yaptırmak için Sigortacı'ya başvurması, Sigortacı ile Sigorta Ettiren'in yeni sigorta sözleşmesi'nin koşullarında mutabık kalarak sigorta süresinin Bitiş Tarihi'nden itibaren mutabık kalınan yeni koşullarla kesintisiz olarak devam ettirilmesi.

Zeyilname: Poliçenin yürürlükte iken, meydana gelen değişikliğini belirten poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düşünülen ek sigorta sözleşmesidir.

3-TEMİNATLAR VE UYGULAMA ESASLARI

A-YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

Doktorun, hastalığın tedavisi için cerrahi bir müdahaleyi veya cerrahi bir müdahale olmaksızın Hastaneye yatırılarak yapılması gereken tedaviyi bir rapor ve Demir Hayat Sigorta A.Ş. Ön Onay Formu ile belirtmesi şartıyla, Hastanede yapılan her türlü tedavi giderleri, poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ve yatarak tedavi teminatından ödenir.

Cerrahi bir müdahalenin söz konusu olduğu yatılı tedavilerde; Hastane yatak-yemek, refakatçi, operatör doktor ücreti, asistan doktor ücreti, anestezi, ameliyathane, müdahale için gereken teşhis yöntemleri, sarfedilen tıbbi malzeme giderleri, kullanılan ilaç giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir.

A ve B Network poliçesinde Anlaşmalı kurumlarda Anlaşmasız olarak görev yapan operatör ve anestezi uzmanı ücretleri TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem biriminin maksimum 1,5 katına kadar ödenmektedir. C Network poliçesinde Anlaşmalı Kurumlarda Anlaşmasız olarak görev yapan operatör ve anestezi uzman ücretleri ise TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem birimi kadar ödenmektedir. A , B ve C Network poliçelerinin tamamında, hem kurumun hem doktorun anlaşmasız olduğu durumlarda ödenecek operatör ücreti ise 1 TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlandırılmıştır.

Cerrahi bir müdahale olmaksızın yapılan yatılı tedavilerde; Hastane yatak-yemek, refakatçi, gereken tıbbi malzeme, hastalık ve tedavi için gereken tıbbi tahlil ve röntgen giderleri, kullanılan ilaç giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir. Ayrıca Evde bakım, Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz, Koroner Anjiyografi ile ilgili tüm tedavi giderleri yine yatarak tedavi teminatı kapsamından ödenir.

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. Ehlilbeyt Mah.,Ceyhan 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

Hastalık ve Kaza sonucu gerekli olacak uzuv ve rekonstrüktif protezler (suni el, kol, bacak v.b.) poliçede yazılı Suni Uzuv limiti dahilinde yatarak tedavi teminatı bünyesinden ödenir. Ameliyat esnasında kullanılan tıbbi malzemeye (Kalp pili , Platin, protez, ortez v.b.) ait giderlerin toplam tutarı, yatarak tedavi teminatı içinde yer alan Ameliyat limitinden ve meri poliçe fert priminin 4 (dört) katını aşmamak kaydı ile ödenir.

Kaza zaptı ile ispatlanan trafik kazası sonucu dış tedavi giderleri, sunulan tıbbi bilgiler ışığında Sigortalı' nın sağlık durumu gözönüne alınarak gerekliliği uygun görülen acil taşıma (kara ve hava) ve ambulans giderleri ile Hastanede yapılan her türlü tedavi gideri Demir Hayat Sigorta A.Ş. Sağlık Departmanı tarafından onaylanması şartıyla, poliçede belirtilen ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde yatarak tedavi teminatından ödenir.

Yoğun bakım giderleri yatarak tedavi teminatı kapsamından ödenir. Limitsiz Yatarak tedavi planının seçilmesi durumunda, her bir hastalık için yatarak tedavi teminatı yıllık 60 gün ve bir poliçe yılı içinde toplam maksimum 180 gün ile limitlidir. Normal oda yatışlarında bir (1) gün, yoğun bakım yatışı ise iki (2) gün üzerinden hesaplanarak, tüm toplam yatış süresi gün limitlerinden düşülür.Yatarak tedavi teminatında yaşam boyu gün limiti 720 gündür. Yenileme Garantisine ilişkin hükümler saklıdır.

Tek anestezi altında birden fazla ameliyatın yapılması ve bunların hepsinin sigorta teminatı kapsamına girmemesi halinde, ilgili hastane ve operatör giderleri, toplam faturanın ya da kapsama girmeyen harcamaya ait faturanın da ayrıca ibraz edilmesi kaydıyla her ameliyat için ayrı TTB birimleri göz önüne alınarak, ağırlıklı olarak karşılanır. Sigorta kapsamına girmeyen ameliyat estetik amaçlı bir girişim olduğunda, beraberinde yapılan ve sigorta kapsamında olan ameliyatın giderleri karşılanmamaktadır.

Poliçe kapsamında Yurt dışı tedavi teminatı verilmiş olması halinde, Yurt dışında gerçekleşen yatarak tedavi kapsamındaki işlemler anlaşmasız kurum işlemleri olarak değerlendirilerek teminat limiti ve yüzdesi dahilinde ödenir.

Poliçe iptal edildiği veya farklı bir sigorta şirketine geçtiğinde poliçe bitim tarihinden sonra gerçekleşecek tedaviler poliçe kapsamında değerlendirilmeyecektir.

Sigortalının acil durumlar hariç planlı provizyon taleplerinde en az 48 saat öncesinden onay alınması ve anlaşmalı sağlık kuruluşunda gerçekleştirilecek tedavilerin provizyon onayları 10 gün içerisinde gerçekleşmesi durumunda geçerli olacaktır.Gerçekleşmeyen provizyon talepleri red edilecek ve yeniden onay alınması gerekecektir.

Kemoterapi ve Radyoterapi sonrasında hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan muayene ve tetkiklere ait giderler ayakta tedavi teminatından karşılanacaktır.

Sigortalının yatış esnasında tanı ile ilgili olmayan tetkik ve tedavileri, ayakta tedavi teminatının olması durumunda ilgili teminattan poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda genel ve özel şartlar çerçevesinde değerlendirilir.

A1) AMBULANS

Acil durum tanımına uyan hallerde sigortalının yerinde müdahale ve/ veya en yakın sağlık kurumuna nakli için yapılan giderler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda genel ve özel şartlar çerçevesinde değerlendirilir.

Demir Hayat Sigorta A.Ş. Sağlık Provizyon Departmanı tarafından organize edilmesi ve hizmetin sağlanması koşulunda hava ve kara ambulans taşımacılığı teminat kapsamında değerlendirilir.

Hava ambulansı teminatı, sigortalının sağlık durumu, bulunduğu yere en yakın donanımlı sağlık merkezine kara ambulansı ile taşınmasına uygun değilse, hava ambulansı için engel teşkil eden bir durumun olmadığını açıklayan doktor raporu ve Demir Hayat Sağlık Provizyon Departmanı tarafından onaylanması halinde geçerlidir.

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. Ehlilbeyt 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

Sigorta Şirketi, Sağlık Provizyon Departmanı ekibince onay verilmemiş ambulans talepleri poliçe kapsamında değerlendirilmeyebilir.

A2)EVDE BAKIM TEMİNATI

Sigortalının yatarak tedavi sonrasında takip eden ilgili kurum hekimi tarafından raporlanan evde uygulanacak tedavi planının Sigorta Şirketi tarafından değerlendirilip, onaylaması koşulu ile taburcu olduğu tarihten itibaren başlamak kaydı ile poliçe yılı içerisinde en fazla 8 haftalık süre bu teminat kapsamında poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde değerlendirilir.

Sigortalının Evde Bakım Teminatı'ndan yararlanabilmesi için, trakeostomili, sık orotrakeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN / IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatöre bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları ve ağır protokolünün uygulanıyor olması gereklidir.

Sigortalının, günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, inkontinans (idrar kaçırma) ya da immobilize (hareket edememe) olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, ağız yolu ile ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor olması, üriner kateterinin olması, evde yalnız yaşıyor ve sosyal desteğe gereksinimi olan kronik hastalığı olması Evde Bakım Teminatı kapsamına girmez.

Bu teminat sadece Yurtiçinde geçerlidir.

A3) AMELİYAT SONRASI FİZİK TEDAVİ TEMİNATI

Geçirilmiş ortopedik operasyon sonrasında gereken fizik tedavi giderleri, sigortalının taburcu olduğu tarihten itibaren başlaması ve en geç 2 ay içerisinde gerçekleşmesi kaydı ile maksimum 20 seans ile limitli olarak bu teminattan poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir.

A4) REHABİLİTASYON

Sigortalının yatarak tedavi kapsamında gerçekleşmiş tedavisi ile ilgili rehabilitasyon giderleri, taburcu olduğu tarihten itibaren başlamak kaydı ile maksimum 56 gün ile sınırlı olarak bu teminat kapsamında poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde değerlendirilir.

Bu teminat; serebral veya spinal travma, serebrovasküler hastalıklar, hemiplejiler, nörolojik hastalıklar, spinal müsküler atrofiler, müsküler distrofiler, miyopatiler için geçerlidir.

B-KÜÇÜK MÜDAHALE TEMİNATI

Türk Tabipler Birliğinde 149 birime kadar olan cerrahi girişimler, küçük müdahaleler ,cilt kesileri, kırık tedavileri, alçı uygulama, yabancı cisim çıkarılması, eksizyonel biyopsi, krioterapi, omurga ve disk hastalıklarına yönelik enjeksiyonlar, tetik nokta enjeksiyonları, karaciğer ve kemik biyopsileri , tırnak çekilmesi, abse drenajı işlemleri ve 6 ile 12 saat arası hastanede müşahade altında takip bu teminat kapsamında poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda genel ve özel şartlar çerçevesinde değerlendirilir.

C-DOĞUM TEMİNATI

Normal ve sezaryen doğum, ile zorunlu küreтаж doğum teminatından poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ana teminat limiti kapsamında ödenir.

Bebeğin doğumla ilgili rutin giderleri ve hastaneden taburcu olana kadar gerçekleşen tüm sağlık harcamaları toplam 100 TTB birimi kadar bir üst limitle bu teminat kapsamında karşılanır.

Doğum teminatı, poliçe teminat tablosunda belirtilmiş olsa dahi, ilk kez alınmasını takip eden 10. aydan sonra geçerlilik kazanır. Doğum teminatı, limitleri dahilinde tüm dünyada geçerlidir.

Dış gebelik tedavileri yatarak tedavi kapsamında değerlendirilecektir.

Poliçe kapsamına erkek ve çocuk statüsünde dahil olan sigortalılar için bu teminat geçerli değildir.

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. Ehlilbeyt 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

D- HAMİLELİK TEMİNATI

Hamilelik döneminde gerçekleşen (erken doğum hariç) her türlü komplikasyonlar (komplikasyonlara bağlı yatarak yapılması gereken tedaviler dahil) ve hamilelik halinin getirdiği tüm rutin tetkik, tedavi ve incelemeler (amniosentez dahil) hamilelik teminatı kapsamında poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda ödenir.

Aile planlaması yöntemleri (implant, RİA, tüpligasyon), hamilelik teminatı kapsamında yıllık limitin % 20 si ile sınırlı olmak kaydı ile ödenir.

Hamilelik teminatı, poliçe teminat tablosunda belirtilmiş olsa dahi, Demir Hayat Sigorta'da bu üründe ilk kez alınmasını takip eden 10. aydan sonra geçerlilik kazanır.

Poliçe kapsamına erkek ve çocuk statüsünde dahil olan sigortalılar için bu teminat geçerli değildir.

E-AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş Hastane, sağlık kuruluşu ve kliniklerde, veya özel muayenehanelerde Tıp Doktoru'nun yapacağı muayene, verdiği reçeteli ilaç, gerekli gördüğü laboratuvar testleri, tahlil-röntgen, ultrasonografi, MR, tomografi, EKG gibi tetkik masrafları ve fizik tedavi masrafları poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ve ayakta tedavi teminatından ödenir.

Anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen Ayakta Tedavi Teminatı kapsamındaki tüm işlemler, A ve B Network poliçesinde TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem biriminin maksimum 2 katına kadar (sertifikada belirtilmiştir), C Network poliçesinde ise TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem birimi kadar poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda ödenmektedir.

Ayakta Tedavi Teminatları tek başına alınamaz, Yatarak Tedavi Teminatı ile birlikte geçerlidir.

E1. Doktor Muayene Teminatı:

Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş Hastane ve Kliniklerde görevli veya özel muayenehane açmış Tıp Doktoru'nca yapılacak muayenelere ait giderler poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir.

Doktor muayene işlemlerinde, Anlaşmalı doktor kullanılması durumunda poliçedeki doktor muayene teminatı yüzdesine bakılmaksızın % 100 ödeme onayı verilir.

15 gün içerisinde aynı hekime ait muayene giderleri kontrol kapsamında değerlendirilir.

E2. İlaç Teminatı:

Tıp Doktoru'nun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve tazminat talep formunda belirttiği durumlarda; doktor reçetesinde belirtilen T.C.Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı ilaç giderleri, poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir. Reçetesiz ve kupürsüz alınan ilaç giderleri karşılanmaz.

Reçete başına alınacak ilaçlar için 1 aylık doz kadar ödeme yapılır.

Reçetenin yazıldığı tarihten itibaren en geç 10 gün içerisinde ilaçların alınması gerekmektedir.

E3. Tahlil-Röntgen Teminatı:

Tıp Doktoru'nun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve tazminat talep formunda belirttiği durumlarda tahlil, röntgen giderleri ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir.

E4. Modern Teşhis Yöntemleri Teminatı:

Tıp Doktoru'nun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve tazminat talep formunda belirttiği, polisomnografi, tomografi, sintigrafi, MR, gastroskopi, sistoskopi, hamilelik bozulması sonucu yapılacak zorunlu küretaj dışındaki tüm küretajlar (probe, fraksiyone küretaj, punch veya iğne yöntemi ile tiroid, meme, prostat, testis, lenf bezi, cilt ve doku, iç organ biyopsileri vs...)

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. Ehlilbeyt Mah., Ceyhan 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

vb. giderler ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir.

E5. Fizik Tedavi Teminatı

Tıp Doktoru'nun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve tazminat talep formunda belirttiği fizik tedavi giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda maksimum 15 seansa kadar özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir.

F-DESTEK AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Ameliyatla sonuçlanmış yatarak tedavilerde yatış tarihinden 30 gün önce ve sonrasında ilgili ameliyata ilişkin doktor muayenesi, ilaç, tahlil – röntgen, modern teşhis yöntemleri ile yaptırılan tetkik masraflarını poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir.

Bu teminat sadece tek başına yatarak teminat alanlar için geçerlidir.

G- GÜNDELİK BAKIM PARASI VE GÜNLÜK İŞ GÖREMEME PARASI TEMİNATI

Bu poliçede günlük bakım parası ve günlük iş görememe parası teminatları yoktur.

3.1 EK TEMİNATLAR

3.1.1 -YILLIK CHECK-UP VE PSA-MAMOGRAFİ TEMİNATI

Plan bazında değişiklik gösterir. Poliçede belirtilmesi halinde geçerlidir.

Poliçe ekinde verilen check-up sertifikası üzerinde yazılı tetkikler, Check-Up Anlaşmalı kurumlarımızda yılda bir kez olmak kaydı ile sertifika üzerinde belirttiği şekilde katılımlı veya ücretsiz olarak sertifika üzerinde ismi yazan sigortalı için geçerlidir.

Ayrıca 40 yaş üzeri sigortalılar için belirlenmiş kurumlarda (www.demirhayat.com.tr internet adresinden veya 0850 252 04 04 telefon hattından öğrenilebilir) yılda bir kez geçerli olan bayan sigortalılar için MAMOGRAFİ, erkek sigortalılar için PSA tetkiki ücretsiz olarak sigortalı sertifikasında belirtilerek verilmektedir.

Yapılan harcamalar poliçe sağlık harcaması / prim dengesi hesaplamalarında dikkate alınmaz.

3.1.2 DIŞ TEDAVİ TEMİNATI:

Bu teminatın seçilmiş olması durumunda geçerlidir.

TC. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde görevli veya özel muayenehane açmaya yetkili diş hekimlerince yapılacak diş ve çene ile ilgili her türlü teşhis ve tedavi giderleri, poliçede yazılı Diş Tedavi Teminatı yıllık limiti dahilinde, ödeme oranı ile özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Diş hekimlerinin yaptıkları muayene ile istedikleri röntgen ve reçete giderleri ile her türlü diş kökenli diş ve çene ameliyatı bu teminat içinde değerlendirilir.

3.1.3 GÖZLÜK VE LENS TEMİNATI

Bu teminatın seçilmiş olması durumunda geçerlidir.

Göz doktoru tarafından reçete edilen ve düzeltici nitelikli, gözlük, çerçeve, lens ve lens solüsyonları ile ilgili her türlü giderler poliçede yazılı Gözlük ve Lens Teminatı yıllık limiti dahilinde, ödeme oranı ile özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

4- BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen rahatsızlıklarla ilgili cerrahi veya hastanede yatırılarak yapılan "tüm tıbbi (medikal) tedaviler ve teşhis işlemleri" poliçenin ilk yılında teminat kapsamında değildir:

- Omurga ve disk hastalıkları (disk hernileri, faset denervasyon, sinir blokajı vb.),
- Higroma, tırnak çekilmesi ve tırnak yatağı revizyonu, hallux valgus, trigger finger, eklem rahatsızlıkları (menisküs, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği eklemlerindeki bağ rahatsızlıkları gibi vb.),

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. Ehlilbeyt Mah., Ceyhan 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

- Anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür-fistül, pilonidal sinüs vb.) GİS kanamaları, divertiküllere bağlı rahatsızlıklar, sfinkterotomi, her türlü fıtıklar,
- Rahim, rahim ağzı, yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve ameliyatlar, bartolin kisti, endometriozis, sistorektosel,
- Diyaliz, böbrek ve idrar yolu ameliyatları ve taşları (ESWL), mesane rahatsızlıkları, hidrosel, prostat (TUR dahil),
- Sinüzit ve sinüs cerrahisi, bademcik, orta kulak iltihabı, geniz eti, her türlü işitme kusuru (miringotomi, miringoplasti, kemik zincir onarımı, tüp takılması vs. gibi), orta kulak iltihabı
- Katarakt, glokom, keratoplasti, retina cerrahisi
- Safra kesesi, safra taşları ve safra kanalları rahatsızlıkları, karaciğer hastalıkları, kist hidatik, pankreas ve dalak hastalıkları ile ilgili cerrahi girişimler (kaza sonucu hariç),
- Kalp ve damar hastalıkları (koroner anjiyografi, by-pass, anjiyoplasti, aort disseksiyonu, anevrizmalar dahil), beyin damarları hastalıkları, kanama ve benzerleri
- Her türlü kronik hastalık (hipertansiyon, ülser, reflü, inflamatuvar barsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn), KOAH, astım, şeker, hepatit B, sarkoidoz, nefrit ve tüm romatizmal hastalıklar ve bağ dokusu hastalıkları vb.),
- Tanı ve tedaviye yönelik invaziv girişimler (anjio, ERCP vb.), artroskopik ve laparoskopik girişimler,
- Her türlü organ nakli (kaza sonucu hariç) ve bunların komplikasyonları
- Her türlü tümör, lipom, verrü, nevüs vb. gibi deriye yönelik yapılan işlemler, kist (deri-deri altı, böbrek, vajinal vb.), radyoterapi, tümör ve kanser tedavisine yönelik diğer giderler,
- Meme rahatsızlıkları ve ameliyatları, varis, felç, tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları,
- Hamilelik ve doğum teminatından ödenen tüm harcamalar (bekleme süresi 10 aydır)

5- STANDART İSTİSNALAR

Police üzerinde yazılı kapsam dışı haller ile Sağlık Sigortası Genel Şartları 2. ve 3. maddesine ek olarak aşağıda belirtilen özel durumlar teminat dışı bırakılmış olup, sözü edilen bu durumlar için sigorta şirketi tarafından ödeme yapılmaz. SİGORTACI, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu "Standart İstisnalar"da düzenlemeler yapabilir, "Standart İstisnalar"da yapılacak değişiklikler, policede bulunan her bir Sigortalı için yeni police başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Sigorta başlangıç tarihinden önce var olan rahatsızlıklar, beyan edilmemiş ve / veya eksik beyana ilişkin maluliyet ve rahatsızlıklarla ilgili harcamalar ile Sigortacıya sigortalanırken bildirilmiş olsa bile police öncesi varolan maluliyet veya hastalığın gerektirdiği ameliyat veya tedavi ile ilgili giderler ile tüm nüks ve komplikasyonları.
2. Doğuştan gelen hastalık (pes planus, doğuştan gelen kalp hastalıkları vb.), sakatlık ve bunlara bağlı rahatsızlıklar, motor ve mental gelişim bozukluğu, büyüme ve gelişme bozukluğu .
3. Tıbbi zorunluluk olsa dahi yapılan sünnet. sünnet öncesi ve sonrası komplikasyonları
4. Septum deviasyonu, konka hipertrofisi, nasal valv cerrahisi, uyku apne sendromu ve horlama ile ilgili tüm tetkik , medikal ve cerrahi tedaviler, cihazlar.
5. Skolyoz ile ilgili her türlü tetkik ve tedavi.
6. 20 ile 50 yaş arasındaki sigortalıların Varikozel tanı ve tedavisine yönelik tüm giderler.

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. Ehlilbeyt Mah., Ceyhan 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

7. 7 yaş altı çocuklarda göbek ve kasık fıtığı ile hidrosel ,gece işemesine ait tedaviler
8. Sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, vb. gibi uzun süreli bakım sağlayan kuruluşlardaki hizmet ve tedavi giderleri.
9. AIDS ve bağlantılı tüm hastalıklar.
10. Cinsel fonksiyon bozuklukları (peyroni, corpus cavernosum yaralanmaları) ve bunlarla ilgili tetkik ve tedavileri ile cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar "(sifiliz, gonore, şankroid, lenfograniloma venerum, granüloma inguinale hastalıkları, genital condilomlar, HPV enfeksiyonları)" ve bunlarla ilgili tetkik ve tedavi giderleri.
11. Düşük nedenlerinin araştırılması, kısırlık, her türlü tüp bebek ve çocuk sahibi olmak amacıyla yapılan tetkik ve tedaviler (follikül takibi, serklaj, tuboplasti, histerosalpinjografi, spermiogram, adhezyolizis vb. gibi) .
12. Genetik hastalıklar ile genetik araştırmalar ve tedaviler.
13. Her türlü psikolojik, psikiyatrik bozukluklar ile - alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve hastalıklar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen SİGORTALI' nın geçirdiği hastalık, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,
14. Motorsiklet ile ilgili tüm kazalar (hareket halinde veya durağan) kapsam dışıdır. Dağcılık, dalgıcılık, sivil havacılık, özel uçak / planör kullanma, paraşütle atlama, parasailing vb.,otomobil sporları, kayak, patinaj, binicilik, su sporları gibi tehlikeli spor ve aktivitelerin profesyonel olarak yapılması veya yarışları sırasında oluşan sağlık harcamaları.
15. Demans, alzheimer hastalığı, parkinson hastalığı ile ilgili tüm giderler
16. Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve genel sağlığını korumak amaçlı kullanılan vitamin, mineral kombinasyonları ve diğer beslenmeyi destekleyen doğal bitkisel içerikli preperatlar
17. Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmamış veya Sağlık Bakanlığı izni olmaksızın ithal edilmiş tüm ilaçlar ve ilaç olarak kabul edilmeyen ve / veya etken madde içermeyen tüm maddeler (şampuan, korse, bandaj, boyunluk, kolonya, hidrofil pamuk, termometre, şeker ölçüm stikleri ve kartuşları, gazlı bez vb.), yardımcı tıbbi malzemeler, suni tatlandırıcılar, gözlük ve lens teminatının seçilmediği durumlarda gözlük camı ve çerçevesi, kontakt lens, lens solüsyonları,(nemlendirici amaçlı ürünler, deniz suyu ihtiva eden ürünler, baz kremler.
18. Yatarak Tedavi Teminatında belirtilen durumlar dışındaki her türlü protez, protez tamirleri, ortopedik tabanlık, atel, boyunluk, dizlik, askı vb., her türlü yardımcı ve haricen kullanılan tıbbi malzemeler (tekerlekli iskemle, ısıtma cihazı, holter cihazı, uyku apnesi ve horlama ile ilgili tüm tetkik, tedavi ve cihazlar, organ naklinde vericinin ve organın ücreti, kan veren kişiye ait tüm giderler.
19. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler (kaza sonucu olanlar hariç) ve aynı seansta estetik işlemle birlikte yapılan diğer girişimler, talenjektazi, cilt hemanjiomlarına yönelik tedaviler, jinekomasti, cinsiyet değiştirme ile ilgili ameliyat ve tedaviler, refraksiyon kusurlarına yönelik müdahaleler (miyopi vb.) ile müdahale öncesi ve sonrasında kullanılan ilaçların giderleri, keratokonus, göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği, ses ve konuşma terapileri, yüzeysel varis tedavisi (skleroterapi), alerji testleri ve aşıları, bağışıklık sistemini güçlendirmeye ilgili Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer almayan rutin dışı aşı ve ilaçlar, akupunktur, ayurveda, hidroterapi, jakuzi, hipnoz, aromaterapi, estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar, deri kurumasını ve terlemesini önleyen tüm tedaviler, kaplıca kürleri, kaplıca ve termal merkezlerinde yapılan muayene ve tüm tedaviler (fizik tedavi dahil), çamur banyoları, şifa kürleri, akne ile ilgili tüm giderler, saç dökülmesi ile ilgili tetkik, tedavi ve ilaç giderleri, obesite ve aşırı zayıflık ile ilgili tetkik ve tedaviler (ilaç, diyetisyen ve yağ kitle ölçüm testleri dahil), anorexia, sigarayı bırakma ile ilgili tetkik ve tedaviler, masaj, diyet, jimnastik salonları, zayıflama merkezleri vb. konularla ilgili giderler ile estetik ve güzellik merkezleri, ayak bakım merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri ve

komplasyonları, lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayeneleri giderleri ile işitme cihazı satan merkezlerde yapılan işitme testleri giderleri, gıda intolerans testleri.

20. Sağlık Bakanlığı tarafından resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar veya Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyanın herhangi bir yerinde faz 5 ve üzeri olarak ilan edilen salgın hastalıklara ait her türlü sağlık giderleri

21. Poliçe geçerlilik tarihinde oluşan bir trafik kazası sonucu, hasara uğramış doğal dişlerin eski hallerini almaları için yapılan diş tedavilerinin ve diş protezlerinin dışında, her türlü diş ve diş eti müdahale, tedavi ve protezleri. Diş teminatının seçilmesi halinde dahi ortodontik tedaviler, diş implantasyonu ve implantasyon öncesi, sonrası tetkik / tedavi giderleri, kıymetli madenlerden yapılan kaplamalar.

22. Sigortalı hayatını tehlikeye sokmaksızın ayakta tedavi ile yapılabilecek inceleme ve işlemlerin hastaneye yatırılarak yaptırılması, check-up ve check-up kapsamına giren işlemler, ameliyat öncesi yapılan kontrol amaçlı hepatit tetkikleri, hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan ve/veya tanı, tedavi ile doğrudan ilgili olmayan tüm teşhis ve tedaviler ile kontrol amaçlı yapılan tetkik ve tedaviler ile Sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlar tarafından yapılan her türlü tetkik, tedavi giderleri.

23. Koroner BT Angio ve PET tetkik giderleri, koroner arter kalsiyum skorlama, Robotik cerrahi ile yapılan tedaviler, balon sinoplasti giderleri, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkikler,

24. Sigortacı'nın Acil Hizmeti dışında yapılan kara ve hava ambulansı taşıma giderleri.

25. Sigortalının tazminat talebinde bulunurken yaptığı ulaşım, posta, konaklama , yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları ve Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanması vb. giderler.

26. Tıp doktoru tarafından reçete edilmemiş tüm ilaçlar (Diş teminatı olmaması durumunda Diş Hekiminin yazmış olduğu reçeteler) ve doktor istem formunda belirtilmeyen bütün incelemeler.

27. 16 yaş ve üzeri sigortalılar için refakatçi giderleri.

28. Özel hemşire giderleri, suit oda farkı.

29. Poliçede (sertifikada) belirtilmediği takdirde yurt dışı tedavi giderleri.

30. Kuduz, tetanoz ve Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer alan 0-5 yaş çocuk aşıları haricindeki aşı giderleri ve hastalığa karşı koruyucu her türlü tıbbi işlemler.

31. Alternatif tıp yöntemleri, alternatif tıp merkezlerinde yapılan muayene ve tüm tedavi giderleri, Anti Aging Merkezlerinde yapılan tüm işlemler, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) Kurumu tarafından deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedaviler ile ilgili tüm giderler ile TTB (Türk Tabipler Birliği)' de belirtilmeyen işlemler

32. Yurtdışı yatarak ve ayakta tedavilerde ilgili tedaviye ait toplam fatura tutarının, teminatlar bölümünde açıklanan kapsamı haricindeki kısım.

33. Sigortalının ehliyetsiz araç kullanması sırasında gerçekleşen kazalar nedeniyle oluşan tedavi giderleri, sigortalının kazadaki kusur durumuna bakılmaksızın kapsam dışıdır. Sigortalının kullandığı aracın sınıfına uygun ehliyete sahip olmaması da bu kapsamdadır.

34. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili giderler.

35. Multipl skleroz, Epilepsi ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler Sigortalı veya Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu /

36. Mesleki bir sebepten doğan yaralanma ve hastalıklarla (iş kazası ve meslek hastalığı) ilgili olarak yasal yükümlülükler sonucu yapılması gereken ödemeler ile başka bir sigorta kurumu ya da üçüncü şahıslar tarafından yapılabilecek ödemeler.

37. Sigortalı veya Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu / Doktor tarafından yapılan yanlış bilgilendirme sonucu poliçe Özel ve Genel Şartları'na, Teminatlarına aykırı düşen sağlık giderleri. Sigortacı, bu kapsamda gerek sigortalıya ve gerekse sigortalı adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu'na bir ödeme yapmış ise, sigortalıdan rücuen tahsil etme hakkını saklı tutar.

38. Terör ve deprem sonucu gerçekleşen sağlık harcamalarının, 1000 TL muafiyet düşüldükten sonra, poliçe fert primi tutarını aşan kısmı.

39. Göz kapak ameliyatları (pitozis, kapak düşüklüğü gibi)

40. Hiperhidroz tedavisi

41. Asteni ile ilgili giderler

42. Sigortalı veya Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu / Doktor tarafından yapılan yanlış bilgilendirme sonucu poliçe Özel ve Genel Şartları'na, Teminatlarına aykırı düşen sağlık giderleri. Sigortacı, bu kapsamda gerek sigortalıya ve gerekse sigortalı adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu'na bir ödeme yapmış ise, sigortalıdan rücuen tahsil etme hakkını saklı tutar.

6-TAZMİNAT ÖDEME UYGULAMALARI

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.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılan Hastane tedavilerinde, tazminat talebinin değerlendirilebilmesi ve poliçe tanzimi sırasında sigortalı tarafından tercih edilmiş ise doğrudan ödeme anlaşmasının işleyebilmesi için, hasta kabul işlemi sırasında poliçe ekinde verilen sigorta tanıtım kartının Hastaneye gösterilmesi ve işlem yapıldığı dönemde Demir Hayat Kurum Anlaşmasının devamlılığı gereklidir.

Devlet Üniversitesi Hastaneleri, Kamu Hastaneleri ve Demir Hayat Sigorta A.Ş.'nin anlaşmalı kurumunun bulunmadığı iller den gelen tazminatlar için poliçe özel ve genel şartları doğrultusunda anlaşmasız kurumlara uygulanan kısıtlamalar uygulanmaz.

Evvelce Anlaşmalı Kurum listesinde olsa dahi, sağlık harcamasının gerçekleştiği tarihte, Demir Hayat Sigorta A.Ş. ile ilgili sağlık kuruluşu sözleşmesinin geçerli olmaması durumunda doğrudan ödeme söz konusu olamayacaktır.

Yatarak Tedavi Teminatı:

Hastaneye yatmadan önce Ön Onay Formu doldurularak Demir Hayat Sigorta A.Ş.'den onay alınmadan gerçekleşen yatarak tedavi kapsamındaki tazminat taleplerinde sigortalıya ödemelerinin yapılabilmesi için Demir Hayat Sigorta A.Ş.' ne iletilmesi gereken evraklar aşağıda belirlenmiştir. Ön Onay alınan işlemler için ödemeler, sigortalı payına düşen kısım hariç olmak üzere direk Anlaşmalı Kurum'a yapılır.

- 1) Dökümlü Hastane faturası ve teminat kapsamındaki giderlere ait diğer faturalar,
- 2) Ayrıntılı ameliyat raporu,
- 3) Müşahade dosyası (İstendiği takdirde),
- 4) Patoloji raporu (Yapıldığı takdirde),
- 5)Teşhis yöntemleri uygulandıysa sonuçları gösterir raporlar.
- 6) Epikriz raporu

A ve B Network poliçesinde Anlaşmalı kurumlarda Anlaşmasız olarak görev yapan operatör ve anestezi uzmanı ücretleri TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem biriminin maksimum 1,5 katına kadar ödenmektedir. C Network poliçesinde

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. Ehlilbeyt Mah.,Ceyhan 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

Anlaşmalı Kurumlarda Anlaşmasız olarak görev yapan operatör ve anestezi uzman ücretleri ise TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem birimi kadar ödemektedir. A, B ve C Network poliçelerinin tamamında, hem kurumun hem doktorun anlaşmasız olduğu durumlarda ödenecek operatör ücreti ise 1 TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlandırılmıştır.

Yatarak tedaviler için tazminat taleplerinde operatör ücreti, anestezi ve asistan ücretleri faturalarda ayrı ayrı belirtilmelidir.

Sigortalı, Anlaşmasız sağlık kuruluşlarında gerçekleştirdiği yatarak tedavi tazminat tutarlarını kendisi önce ilgili kuruma ödedikten sonra yaptığı bu ödemenin en kısa sürede hesabına yatırılabilmesini teminen söz konusu tazminatlarına ait rapor ve faturaları Demir Hayat Sigorta A.Ş.'ne ulaştırması gerekmektedir.

Ayakta Tedavi Teminatı:

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılan her türlü tedavilerde, tazminat talebinin değerlendirilmesi ve poliçe tanzimi sırasında sigortalı tarafından tercih edilmiş ve kapsam dahilinde ise Hastaneye doğrudan ödeme işleminin tamamlanabilmesi için hasta kabul işlemi sırasında poliçe ekinde verilen sigortalı kartının Hastaneye ibraz edilmesi gerekmektedir. Tedavinin bitiminde, teminat dahilindeki ödemeler sigorta şirketi tarafından Hastaneye yapılır.

Anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen Ayakta Tedavi Teminatı kapsamındaki tüm işlemler, A ve B Network poliçesinde TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem biriminin maksimum 2 katına kadar (sertifikada belirtilmiştir) , C Network poliçesinde ise TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem birimi kadar poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda ödenmektedir.

Anlaşmasız Sağlık Kuruluşlarında yapılan her türlü tedavi için; Tedaviyi gerçekleştiren doktor tarafından doldurulmuş tazminat talep formu ve ekinde tazminat talebiyle ilgili tüm evrakların;

- fatura
- yapılan tetkiklerin raporları
- ilaç alınmışsa reçeteler
- ilgili ilaç fiyat kupürleri
- ödenen vizite ücreti için doktorun serbest meslek makbuzu ya da fatura asılları ile sigorta şirketine başvurulur.

Tüm ödemeler ile ilgili evrak aşağıda belirtilmiştir:

A - Doktor Tedavi Teminatı'na İlişkin Ödemelerde

- 1) Doktor ücretine ait fatura veya serbest meslek makbuzu (Belgelerde mutlaka doktorun kaşesi gerekmektedir).
- 2) Kasa fişleri geçersizdir.

B - İlaç Teminatı'na İlişkin Ödemelerde;

- 1) Doktor reçetesi,
- 2) İlaç kupürleri,
- 3) İlaç giderlerine ait fatura veya kasa fişi.

C - Tahlil Röntgen Teminatı'na İlişkin Ödemelerde;

- 1) Doktorun teşhis veya şüphe ettiği hastalığın adını belirterek yazdığı sevk pusulası veya rapor,
- 2) Teminat kapsamındaki giderlere ait fatura,
- 3) Teşhis yöntemlerinin sonucunu gösterir rapor.

D - Modern Teşhis Yöntemleri Teminatı'na İlişkin Ödemelerde;

- 1) Doktorun teşhis veya şüphe ettiği hastalığın adını belirterek yazdığı sevk pusulası veya rapor,
- 2) Teminat kapsamındaki giderlere ait fatura,
- 3) Teşhis yöntemlerinin sonucunu gösterir rapor.

Tazminat talep formunun doldurtulamadığı durumlarda hastalık veya yapılan tedavi ile ilgili doktor raporunun (epikriz) sigorta şirketine gönderilmesi gerekmektedir.

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. Ehlîbeyt Mah., Ceyhan 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

Sigorta şirketi, yukarıda istenilen belgelere ek olarak talep edeceği tüm belgelerin kendisine teslimini takiben tazminat talebini işleme alır ve yapılan masrafa konu olan rahatsızlığı sigorta özel ve genel şartları dahilinde değerlendirerek 15 işgünü içinde tazminatı sigortalı / sigorta ettirene öder.

Eğer alınan planda senelik muafiyet veya fatura başına muafiyet uygulaması varsa, yatarak tedavi ve ayakta tedavi teminatları çerçevesinde ödenecek giderler poliçede yazılı yıllık muafiyet limitlerinin veya fatura başına muafiyetlerin altında olamaz. Sigorta şirketi, yukarıda istenilen belgelere ek olarak talep edeceği tüm belgelerin kendisine teslimini takiben muafiyet limitini aşan tazminat talebini işleme alır ve yapılan masrafa konu olan rahatsızlığı sigorta özel ve genel şartları dahilinde değerlendirerek tazminatı sigortalı / sigorta ettirene öder.

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

7-SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

Bu poliçede geçerli olan coğrafi sınır sertifikada 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.

8-DEMİR HAYAT SİGORTA RİSK KABUL DEĞERLENDİRMESİ

Sigortacı ilk veya yenileme sözleşmesini yaparken poliçeye dahil olacak kişiler için alınacak olan; sigorta ettiren ve/ veya sigortalı adayının başvuru formu beyanını (sağlık bildirimini), varsa ilettiği tıbbi kayıtlarını, kullanmış olduğu tazminatlarını, diğer sigorta şirketleri kayıtlarını, rahatsızlık ve/ veya hastalıklarını sağlık sigortası özel ve genel şartları çerçevesinde değerlendirir. Değerlendirme sonucunda kişiyi poliçe kapsamına alıp almama veya özel şart (muafiyet, limit, katılım payı, ek prim) uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkı mevcuttur. Bu değerlendirme için ek beyanını, eski ve/ veya yeni tarihli raporlarını, gerek görülür ise yeni yapılacak muayene ve tetkik raporunu isteyebilir. Yapılacak değerlendirme ile sigortacının başvuru reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır. Muafiyet ve/ veya ek şart uygulanması durumunda, poliçe yenilendiği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece, belirtilen muafiyet ve/ veya ek şart devam edecektir. 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. Demir Hayat Yenileme Garantisi ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkını kazanmış olan sigortalıların, Yenileme Garantisine ilişkin hükümleri saklıdır.

9- POLİÇE YENİLEMESİ

Sigorta Ettiren; Sigortacı'nın belirlediği şartlar çerçevesinde ve karşılıklı anlaşma ile önceki poliçenin bitiş tarihinden itibaren yenileme süresi içerisinde yeni sözleşme (poliçe) yapılmasını talep edebilir. Aksi durumda yenileme hakkından söz edilemez.

Sigortalının sözleşmenin yenilenmesi sırasında Türk Ticaret Kanunu'nun 1435 ve 1439. ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6. Maddesinde düzenlenen beyan yükümlülüğüne uyması şarttır.

Sigortacı yenileme sözleşmesini yaparken risk kabul değerlendirmesi yapabilir (ek prim, bekleme süresi, muafiyet, katılım payı vb) ve kullanıma bağlı olarak ek prim uygulayabilir. Muafiyet ve/veya ek şart uygulanması durumunda, poliçe yenilendiği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece, belirtilen muafiyet ve/veya ek şart devam edecektir. Sigortacının bildirdiği sigortalıya, yenileme şartları kabul edilmediği takdirde sigortacının yenileme yapmama hakkı saklıdır. Ayrıca sigortalıdan ek sağlık bildirimi ve ek tetkikler isteme, gerekli gördüğü hallerde sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutma, teminatlarda kısıtlamaya gitme hakları saklıdır. Sigortacı, sigorta özel şartlarında, prim tarifesinde ve poliçe teminatlarında değişiklik (teminatlara ekleme / çıkartma) yapma haklarına sahiptir. Yapılan bu değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Yenileme Garantisine ilişkin hükümler saklıdır. Demir Hayat Sigorta A.Ş., yenileme garantisi almamış olan sigortalıların poliçelerini maksimum 65 yaşına kadar yeniler.

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. Ehlilbeyt Mah., Ceyhan 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

10- DEMİR HAYAT YENİLEME GARANTİSİ

Demir Hayat Sigorta A.Ş.'nde 55 yaşından önce Sağlık Sigortası kapsamına alınmış Ferdi Sağlık Poliçesi sahibi sigortalı; poliçesi herhangi bir nedenle kesintiye uğramadan aralıksız en az 3 yıl boyunca Demir Hayat Sigorta A.Ş.'de aynı ürün ve teminatta yürürlükte kalması, son 3 yıl sağlık harcamaları/toplam fert prim oranı ortalaması % 60 altında olması ve kanser, kalp kapak ve kalp ritm bozukluğu, koroner kalp hastalığı, insuline bağlı şeker hastalığı, beyin damar hastalığı, felç, organ yetmezliği (örn.kronik böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği vs.) rahatsızlıklarının bulunmaması durumunda, risk kabul değerlendirmesi yapılarak poliçe yenileme döneminde, sona eren poliçesinin teminat yapısı doğrultusunda **Demir Hayat Yenileme Garantisi** almaya hak kazanır. Bu bilgi kişi sertifikası veya poliçesinde belirtilir.

Demir Hayat Sigorta A.Ş. standart şartlarla veya özel şartlar altında Yenileme Garantisi verme hakkına sahiptir. Yenileme Garantisi verilmiş sigortalı için, müteakip yıllarda **Garanti kazandığı poliçe döneminde sahip olduğu teminatlar, teminat limitleri, katılım payları aynı kalması durumunda, sadece hasar kullanımına bağlı hasar indirim/ek primi uygulanarak**, risk kabul değerlendirmesi yapılmadan poliçe yenileme döneminde yürürlükte olan özel ve genel şartlar ile belirlenen güncel primlerle yenileme yapılır. Sigortalı talebi olmaksızın teminat içeriği, limiti veya katılım payı değiştirilmez, Yenileme Garantisi aldıktan sonra ortaya çıkan sağlık riskleri için ek prim alınmaz, ilgili hastalıklar kısmen veya tamamen kapsam dışı bırakılmaz.

Yineleme Garantisi kazanan sigortalı, teminat kapsamını genişletmek isterse, Demir Hayat Sigorta A.Ş. Yineleme Garantisini yeniden değerlendirme hakkına sahiptir. Demir Hayat Sigorta A.Ş.'nin Yineleme Garantisinde bulunduğu sigortalılarına sunacağı Sağlık Sigortası poliçesi, poliçenin yenilenme döneminde yürürlükte olan güncel primlere tabidir.

Demir Hayat Sigorta A.Ş. tarafından verilen Yineleme Garantisinin devamı için ; geçerli Sağlık Sigorta poliçesi genel ve özel şartları ile uyumsuz herhangi bir durumun oluşmaması ve sigortalının Demir Hayat Sigorta A.Ş. tarafından istenebilecek muayene ve kontrollerin yapılmış olması gerekir.

Poliçe kapsamında doğan bebekler, 1. yaşlarını tamamladıkları tarihi takip eden ilk yineleme döneminde yenileme garantisi kriterlerini sağlamak kaydı ile risk kabul değerlendirmesi yapılarak yineleme garantisi değerlendirmesine hak kazanırlar.

Demir Hayat Sigorta SES Ferdi Sağlık Sigortası sahibi sigortalılarımızın Hazine Müsteşarlığı tarafından 23 Ekim 2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak 23 Nisan 2014 tarihinde yürürlüğe giren Özel Sağlık Sigortalıları Yönetmeliği Geçici Madde 1 düzenlemesi doğrultusunda, 23 Nisan 2014 tarihinden önce düzenlenmiş poliçelerde yukarıda belirtilen şartları yerine getirerek kazanmış oldukları Yenileme Garantisi, Demir Hayat Yenileme Garantisi adı altında aynı haklarla sürdürülecektir.

Sigorta Şirketi, Demir Hayat Yenileme Garantisi kazanmış olan sigortalıların poliçelerinde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nden farklı olarak, Özel Şartlarda sadece standart istisnalar kısmında değişiklik yapma ve ödenen tazminat/ ödenen prim oranına bağlı olarak ek prim yapma hakkını kullanabilir.

Demir Hayat Yenileme Garantisi hakkı kazanmış olan sigortalı, Madde 10 de açıklanan gerekli şartlar yerine geldiği takdirde Ömür Boyu Yenileme Garantisi almaya hak kazanabilir.

SİGORTACI, işbu “Özel Şartlar - Standart İstisnalar” başlığı altında açıklanan şekilde düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

11- ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Hazine Müsteşarlığı tarafından 23 Ekim 2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Özel Sağlık Sigortalıları Yönetmeliği kapsamında tanımlanmış olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı, 23 Nisan 2014 tarihinden sonra ilk kez düzenlenen veya yenilemesi yapılan poliçeler kapsamında aşağıda belirtilen şartların tamamının gerçekleşmesi kaydı ile verilebilecektir;

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. Ehlilbeyt 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

- Sigortalının Demir Hayat Sigorta A.Ş.'de ilk kez ferdi veya grup sağlık sigorta kapsamına girme yaşı 45 'in altında ise
- En az 5 yıl süre ile Demir Hayat Sigorta A.Ş. de aynı ferdi ürün ve plan kapsamında değişiklik yapılmaksızın kalmış ise
- Demir Hayat Sigorta A.Ş. deki son 5 yıl ferdi sigortalılığı döneminde ortalama sağlık harcaması tutarı/ ödenen prim oranı % 40 ve altında ise
- Yapılacak risk değerlendirmesi sonucunda kanser, kalp kapak hastalığı, kalp ritm bozukluğu, koroner kalp hastalığı, insuline bağlı şeker hastalığı, beyin damar hastalığı, felç, organ yetmezliği (örn.kronik böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği vs.) gibi hastalıklardan herhangi birisi bulunmaması halinde

Demir Hayat Sigorta A.Ş. tarafından Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı değerlendirilir. Demir Hayat Sigorta A.Ş., değerlendirme sonucunda, Ömür Boyu Yenileme Garantisi taşıyacak yeni sözleşmenin şartlarını belirlerken, sigortalının mevcut rahatsızlıklarına hastalık ek primi, limit, katılım payı uygulayabilir veya teminat dışı bırakabilir. Bu şartlar, o tarihten sonra yapılacak tüm yenilemelerde aynen geçerli olacaktır.

Demir Hayat Sigorta A.Ş., sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi aldıktan sonraki dönemde;

- Ortaya yeni çıkan hastalık ve rahatsızlıkları nedeniyle teminat kapsamını daraltamaz, teminat limitini düşüremez, sigortalı katılım payını artıramaz, hastalık nedeniyle ek prim alamaz, özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapamaz,
- Ödenen tazminatlar ile ödenen primin oranına bağlı olarak ek prim uygulayamaz

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanmış olan sigortalı, garanti kazandığı dönemdeki teminatlarından daha geniş teminatlar içeren bir plana geçiş talebinde bulunursa Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı düşer. Yeniden değerlendirme yapılır.

Ömür Boyu Yenileme garantisi hakkı kazanmış olsa dahi, sigortalının ilk poliçe başlangıç tarihinden önceye dayanan ve beyan etmediği sağlık sigorta poliçesi tanzim edilmesine engel bir rahatsızlık veya hastalığı olduğunun tespiti halinde TTK ilgili hükümleri uygulanır.

Tarife primleri bir önceki döneme göre maksimum %50 arttırılabilir.

SİGORTACI, işbu “Özel Şartlar - Standart İstisnalar” başlığı altında açıklanan şekilde düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

12-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 kişinin en yakın yaşı dikkate alınarak ilgili tarife primi uygulanır. Check-up, kontrol mamografisi, PSA teminatlarının geçerli olması için de bu hesaplama dikkate alınır.

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. Ehlilbeyt Mah.,Ceyhan 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

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

Nihai primler, sigortalının yaşı, cinsiyeti, sağlık enflasyonu, ikamet edilen il ve seçilen teminatlar dikkate alınarak hesaplanan standart tarife primine, varsa sigortalının sağlık riskine bağlı olarak öngörülen sigortalının yürürlükteki risk kabul değerlendirmesi uyarınca ek prim ve/ veya kullanım ekprim/ indirimi uygulanarak oluşturulmaktadır. Risk kabul değerlendirmesi sonucunda sigortalıya tarife primine ek olarak %20 ila %200 arasında değişebilecek hastalık ekprimi uygulanabilecektir. Yenileme garantisine ilişkin hükümler saklıdır.

Her sigortalı için ayrı prim alınmaktadır.

Tarife primleri bir önceki döneme göre maksimum %50 arttırılabilir.

13- 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 0-60 yaşındaki kişileri teminat altına alır. 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. Yenileme Garantisi bulunmayan sigortalıların poliçeleri Şirket tarafından önerilen yenileme primi ve şartları ile 65 yaşına kadar yenilenebilir.

Sigorta kapsamına kabulde her bir kişi için ayrı ayrı sağlık bildiriminde bulunulması şarttır. Demir Hayat Sigorta A.Ş. bu bildirimde değerlendirilmesiyle bu kişiyi sigortaya kabul edip etmeme, ek prim, katılım payı uygulama, bazı hastalıkları belli bir süreyle veya tamamen teminat kapsamı dışında bırakma hakkına sahiptir. Yenileme Garantisine ilişkin hükümler saklıdır.

Sigorta Ettiren/ Sigortalı adaylarının, gerek ilk başvuruları gerekse sonradan yapacakları bütün başvurular için Sigortacı tarafından verilecek formların eksiksiz ve doğru olarak doldurulması, şirketin sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek bütün halleri bildirmesi şarttır. Yenileme Garantisine ilişkin hükümler saklıdır.

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.

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 oluşabilecek masraflar Şirketçe karşılanır. Sağlık durumu ve/ veya Risk Kabul Değerlendirmesi doğrultusunda şirketin başvuruyu reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır. Yenileme Garantisine ilişkin hükümler saklıdır.

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

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. Ehlîbeyt 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

Müşterşarlığı 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.

14- GEÇİŞ İŞLEMLERİ, KAZANILMIŞ HAKLAR

Kazanılmış haklarla, özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması kastedilmektedir.

Sigortalının başka bir sigorta şirketindeki sağlık poliçesinin geçiş olarak alınması işlemlerinde, kazanılmış hakların verilebilmesi için, sigortalının bir önceki poliçesinde en az kesintisiz 12 ay sigorta kapsamında olması ve sigorta bitiş tarihini takip eden maksimum 30 gün içerisinde şirketimize başvuru formu ile başvuruda bulunulmuş olması gerekmektedir. Kişinin diğer sigorta şirketi/ şirketlerindeki ilk sigortalanma tarihinden de önceye dayandığı tespit edilen rahatsızlıkları önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi bu rahatsızlıklar teminat haricidir.

Sigortalının, önceki poliçesinin özel şartlarında/ teminatlarında yer alan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir. Diğer sigorta şirketinde sigortalının hamilelik ve doğum ile ilgili kazanılmış hakkı olsa dahi Demir Hayat Sigorta'da hamilelik ve doğum teminatı ilk yıl sayılacaktır. Kişinin ömür boyu yenileme garantisi veya diğer yenileme taahhütleri kazanılmış hak olarak transfer edilmez.

Demir Hayat Sigorta A.Ş. kişiyi başka sigorta şirketinden geçiş alması durumunda sağlık risk kabul değerlendirmesi yapma, bazı hastalıkları teminat dışı bırakma ve/ veya şartlı kabul etme hakkına sahiptir.

Geçiş işlemi sigorta şirketi veya Demir Hayat Sigorta A.Ş.deki poliçelerden sadece eşdeğer teminatları içeren sağlık sigortalarında yapılabilir. Acil sağlık, hastalık sigortaları, seyahat sağlık sigortaları, tamamlayıcı sağlık sigortaları v.b. sigortalardan bu sigortaya geçiş yapılamaz.

Demir Hayat Sigorta A.Ş. hak transferi kapsamında sigortalı lehine de değişiklik yapabilir.

Sigortalı, tüm sigorta şirket(ler)ine verdiği sağlık beyanında Türk Ticaret Kanunu'nun 1435. ve 1439. ve Sağlık Sigortalı Genel Şartlar Madde 6 – 7 de belirtilen beyan ve ihbar yükümlülüğüne uymadığı takdirde kazanılmış hakından söz edilemez.

Başvuru aşamasında önceki sigortalılığa ilişkin bildirim yapılmaması durumunda geçiş hakkından bahsedilemez.

15- SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ VE SİGORTA ŞARTLARINDA DEĞİŞİKLİK HAKKI

Sigorta süresi içinde kanuni durumlar hariç yeni giriş işlemleri yapılmamaktadır. Bu tür talepler yenileme döneminde başvuru formu ile yapılabilir.

Sigorta Ettirenin, Kanunen Bakmakla Yükümlü olduğu kişileri poliçe ile teminat altına alınmasını yenileme döneminde teklif etmeye hakkı vardır.

Sigortalının sigorta başlangıcından sonra gerçekleşen bir evliliğin akabinde eşi; evlilik tarihinden itibaren 30 gün içinde güncel beyanlı başvuru formu ile resmen sigortacıya bildirilmesi durumunda, Sigortacı tarafından yapılacak risk kabul değerlendirmesi sonrasında kişinin girişinin kabul edilmesi durumunda, poliçenin yürürlükte olduğu kalan dönem için gün esası üzerinden hesaplanacak prim ile poliçeye dahil edilir.

Poliçe kapsamındaki anne veya babanın yeni doğan bebekleri ve evlat edinilmiş çocukları, doğum giderleri poliçe kapsamında tazmin edilmiş olup olmadığına bakılmaksızın, doğum ve evlat edinme tarihini takip eden 30 gün içerisinde güncel beyanlı başvuru formu ile talep edilmesi, Sigortacı'nın risk kabul değerlendirmesi doğrultusunda değerlendirilerek bu başvuruyu kabul etmesi durumunda, poliçenin yürürlükte olduğu kalan dönem için gün esası üzerinden hesaplanacak prim ile poliçeye dahil edilir. Yeni doğan bebekler en erken doğum tarihini takip eden 14 gün sonra sigorta kapsamına alınmaktadır.

Sigortacı, verdiği kararla ilgili herhangi bir neden veya gerekçe göstermeden, teminat altına alınması istenen Kanunen Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişilerin ilave edilmesini reddetme, özel veya standart şartlarla kabul etme hakkını saklı tutmaktadır.

Sigorta Ettiren ve/ veya Sigortalı yıl içerisinde plan değişikliği talebinde bulunamaz. Plan değişikliğinin yenileme döneminde poliçe düzenlenmeden talep edilmesi halinde, Demir Hayat Sigorta A.Ş. tarafından değerlendirmeye alınır. Risk Kabul Departmanı tarafından yapılacak risk kabul değerlendirmesi sonucuna göre şirketin başvurusu reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır. Plan değişikliği taleplerinde Demir Hayat Sigorta A.Ş.'nin sigortalanma şartlarının belirlenmesi veya değiştirilmesi amacı ile isteyebileceği ek tetkikler için sigorta şirketi tarafından ödeme yapılmaz.

Yıl içerisinde kişi çıkışı talepleri madde 17'de açıklanmıştır.

Poliçe'ye yapılacak herhangi bir ilave veya değişikliğin geçerli olabilmesi için Sigortacı tarafından kabul edilip onaylanması gerekir.

16- HASAR İNDİRİM / EK PRİMİ

Ferdi Poliçelerde Sigortalılara, sigorta sözleşmesini şirketimizde kesintisiz olarak yenilemeye karar verdiğinde, sona eren poliçesinin ayakta tedavi hasar / ödenmiş prim oranına göre, yeni düzenlenecek poliçesinin ayakta tedavi priminden hasar indirimi / ek primi uygulanır.

Yatarak tedavi primlerine indirim veya ekprim uygulanmaz.

Hasar İndirim/ Ekprim uygulaması, "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" almış sigortalılar için geçerli değildir.

Teminat değiştirilmesi halinde hasarsızlık indirimi uygulanmaz.

Hasar İndirim / Ek prim oranları:

Ayakta H/P (%)	İndirim Oranı (%)	Ek prim Oranı (%)
0-20	20	
21-40	15	
41-60	10	
101-150		20
151-200		30
201- +		40

Ayakta hasar/prim oranı, sigortalının yıl içerisindeki ayakta tedavi tazminat tutarlarının var ise hasar indirim / ek prim oranı hariç olarak hesaplanan ayakta tedavi primine bölünmesi yoluyla hesaplanır.

Sigortalı'nın, hasarsızlık indirimi veya ek primine hak kazandığı Sigorta Sözleşmesi dönemi için daha sonra tazminat alması halinde, yeni hasar/prim oranına göre oluşacak fark tutarı zeylname ile prime ilave edilir.

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

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, 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.

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. Ehlîbeyt 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

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

Sigorta Ettiren'in iptal talebinde bulunması halinde ise, 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 ödemediği 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.

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.

18. 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 başvuruları 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 17'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 17'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.

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. Ehlilbeyt Mah.,Ceyhan 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

19. 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.

20. SİGORTA SÜRESİNİN SONA ERMESİNDEN SONRAKİ TEDAVİLER

Sigorta süresinin sona ermesi ve başka bir sigorta şirketinde veya Demir Hayat Sigorta A.Ş.'de yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, sona erme tarihinden önce Sigortacıya bildirilen ve kabul görerek başlamış tedaviler için, teminat limitleri ve özel şartlara tabi olmak şartıyla, hastanede yatarak tedavi gören sigortalı için teminat tedavi sonuna kadar devam eder. Ancak bu süre hiçbir şekilde poliçenin sona erme tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

21. 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.

22-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.