

Sayın Sigortalımız,

Özel Sağlık Sigortası alanındaki yenilikçiliğimizi sürdürerek sizlere en hızlı ve güvenilir sağlık hizmetini, en modern sağlık kuruluşlarında en ekonomik şartlarda alma olanağını Demir Hayat Sigorta güvencesi ile sunuyoruz.

Özel Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Demir Hayat Sigorta Özel Şartlarını içeren bu kitapçığın sizleri tüm sigortalılığınız boyunca bilgilendireceğini umar, birlikteliğimizin uzun yıllar sürmesi temennisi ile saygılar sunarız.

Bağlı olduğunuz grubun ek protokolünde hüküm bulunmayan hallerde bu Özel şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları uygulama alanı bulunacaktır.

## **Demir Hayat Sigorta A.Ş**

**“İyi Günler Diler”**

Bu kitapçık, Demir Hayat Sağlık Sigortası'nın ayrılmaz bir parçasıdır. Yayın Tarihi : 01.11.2016

**Demir Hayat Sigorta A.Ş.**Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (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

**Mersis No: 1125848338876936**

**Şirket merkezi:İstanbul**

**www.demirhayat.com.tr**

## DEMİR HAYAT SİGORTA A.Ş. KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

### İÇİNDEKİLER

#### DEMİR HAYAT GRUP / KURUMSAL SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLARI

- Madde 1-Sigorta Konusu
- Madde 2-Tanımlar
- Madde 3-Başvurular
- Madde 4-Teminatlar ve Uygulama Esasları
  - A-Yatarak Tedavi Teminatı
  - B-Hamilelik ve Doğum Teminatı
  - C-Ayakta Tedavi Teminatı
  - D-Gündelik Bakım Parası ve Günlük İş Görememe Parası Teminatı
  - E-Ek Teminatlar
- Madde 5-Bekleme Süreleri
- Madde 6-Standart İstisnalar
- Madde 7-Tazminat Ödeme Uygulamaları
- Madde 8-Sigortanın Coğrafi Sınırı
- Madde 9-Demir Hayat Sigorta Risk Kabul Değerlendirmesi / Plan Değişikliği
- Madde 10-Poliçe Yenilemesi
- Madde 11-Yenileme Garantisi
- Madde 12-Sigortaya Kabul ve Kontrol Yetkisi
- Madde 13-Sigortanın Süresi ve Primler
- Madde 14-Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar
- Madde 15-Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin Talebi Sonucu İptal ve Poliçeden Çıkış
- Madde 16-Sigortalının Vefatı
- Madde 17-Kötü Niyet Sonucu İptal
- Madde 18-Sigorta Süresi İçinde Yeni Giriş İşlemleri ve Sigorta Şartlarında Değişiklik Hakkı
- Madde 19-Rücu Hakkı
- Madde 20-Uyarılar

Demir Hayat Sigorta A.Ş. Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (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

## SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

- Madde 1-Teminat Kapsamı
- Madde 2-Teminat Dışı Kalan Haller
- Madde 3-Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışı Kalan Haller
- Madde 4-Sigortanın Coğrafi Sınırı
- Madde 5-Sigortanın Başlangıcı ve Sonu
- Madde 6-Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü
- Madde 7-Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü
- Madde 8-Sigorta Priminin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması
- Madde 9-Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri
- Madde 10-Masrafların Tesbiti
- Madde 11-Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı
- Madde 12-Müşterek Sigorta
- Madde 13-Sırların Saklı Tutulması
- Madde 14-Tebliğ ve İhbarlar
- Madde 15-Yetkili Mahkeme
- Madde 16-Zaman Aşımı
- Madde 17-Özel Şartlar
- Madde 18-Grup ve Aile Sigortalarında Bilgilendirme Formu ve Katılım Sertifikası

Bu özel şartlar, 01/11/2016 tarihi itibarı ile ilk yıl ve yinleme olarak Başvuru Formları düzenlenen Demir Hayat Grup / Kurumsal Sağlık Sigortası poliçeleri için geçerlidir.

**Demir Hayat Sigorta A.Ş.**Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (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

Mersis No: 1125848338876936

Şirket merkezi:İstanbul

www.demirhayat.com.tr

Demir Hayat Sigorta A.Ş., Sigorta Ettiren'in başvuru formunda verdiği bilgilere göre belirlenen primin ödenmesi ve Sigorta Poliçesi'nin ayrılmaz eklerinde yer alan 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 Kartı ve varsa Ek Protokol'den 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 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 14 de açıklanmıştır.

## 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 (besin zehirlenmeleri hariç), anafilaktik tablolar, kemik kırıkları, şuur kaybına neden olan durumlar, ani felçler, şeker ve üre komaları, akut batın 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.

**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.

Demir Hayat Sigorta A.Ş. Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (212) 216 63 53 (pbx) Fax: (0212) 274 65 85  
İç Anadolu Bölge Müd. Ehlibeit 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 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, Hastane'ye kaldırılmayı veya Hastane'de 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 adayının 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 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 kurallar.

**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.

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.

**HUV (TTB) :** Hekimlik Uygulama Veritabanı: Her yıl iki kere Türk Tabipleri Birliği tarafından yayınlanan, her tıbbi işlem ve tedavinin rakamsal karşılığının hesaplanmasında baz alınan referans liste.

**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.

Demir Hayat Sigorta A.Ş. Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (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

Mersis No: 1125848338876936

Şirket merkezi: İstanbul

www.demirhayat.com.tr

**Kanunen Bakmakla Yükümlü Olunan Kişiler:** Sigorta ettirenin eşi, 18 yaşını doldurmamış çocukları, üvey çocukları ve yasal evlatlıkları ile tam gün eğitimini sürdüren 24 yaşına kadar 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, yüksekte 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.

**Kazanılmış Hak :** Kazanılmış haklarla, özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması kastedilmektedir. Sigortalının, önceki poliçesinin özel şartlarında/teminatlarında yer alan ama yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda/teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir. Ancak, yeni dönem için geçerli özel şartlarda mevcut olan ama bir önceki dönem özel şartlarda yer almayan haklar sigortalı için de geçerli olacaktır. Kazanılmış hakların verilebilmesi için, sigortalının bir önceki poliçesinde en az kesintisiz 12 ay sigorta kapsamında olması ve sigorta bitiş tarihinden itibaren Risk Kabul Şartlarında belirtilen süre içerisinde başvuruda bulunmuş olması gerekmektedir. Kişinin diğer sigorta şirketi/şirketlerindeki ilk sigortalanma tarihinden de önceye dayandığı tespit edilen rahatsızlıkları önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi kazanılmış hak kapsamına girmez. Bu rahatsızlıklar teminat haricidir. Sigortalı, tüm sigorta şirket(ler)ine verdiği sağlık beyanında Sağlık Sigortalı Genel Şartlar Madde 6-7 de belirtilen beyan ve ihbar yükümlülüğüne uymadığı takdirde kazanılmış haklarından söz edilemez.

**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.

**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:** Sigortacı tarafından özel bir format çerçevesinde düzenlenmiş olup, sigorta sözleşmesine ilişkin vade, şartlar, limitler, istisnalar gibi hususlar ile uygulama bilgileri ve ödeme koşullarını içeren; eğer koşullar gerçekleşmişse teminatların belirlenen limitler dahilinde ödenmesini garanti altına alan şirket kaşe ve yetkili imzalarını taşıyan sigorta sertifikası dahil belgelerin tümüdür.

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

**Sigorta Ettiren:** Poliçe için başvuran, başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilen ve poliçenin kapsamı dahilinde sorumlu taraf olup hem kendi, hem kanunen bakmakla yükümlü olduğu kişiler adına ve lehine hareket eden genel ve/veya tüzel kişi.

**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 kişilerdir.

**Standart Tarife Primi:** Sigortalı adaylarının yaşı, cinsiyeti, ikamet edilen il, 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.

**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.

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

**TTBAÜ (HUV) :** Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi,

**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.

**Yineleme:** 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

Demir Hayat Sigorta A.Ş. Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (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

Mersis No: 1125848338876936

Şirket merkezi: İstanbul

www.demirhayat.com.tr



### 3-BAŞVURULAR

Sigortalı adaylarının gerek ilk başvurularında gerekse sonradan yapacakları bütün başvurular da, Sigortacı tarafından verilecek formları eksiksiz ve doğru olarak doldurulmaları şarttır.

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.

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. Sigortalanma şartlarının belirlenmesi veya değiştirilmesi amacı ile istenebilecek ek tetkikler için sigortalı adayına tazminat ödemesi yapılmaz.

### 4-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, sarf edilen tıbbi malzeme giderleri, kullanılan ilaç giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir. Genel Network poliçesinde Anlaşmalı kurumlarda Anlaşmasız olarak görev yapan operatör ve anestezi uzmanı ücretleri HUV/TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem biriminin maksimum 2 katına kadar ödenmektedir. Alternatif Network poliçesinde Anlaşmalı Kurumlarda Anlaşmasız olarak görev yapan operatör ve anestezi uzman ücretleri ise HUV/TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem birimi kadar ödenmektedir. Genel ve Alternatif Network poliçelerinin tamamında, hem kurumun hem doktorun anlaşmasız olduğu durumlarda ödenecek operatör ücreti ise 1XHUV/TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlandırılmıştır.

Ancak her durumda , anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen veya anlaşmasız doktorlar tarafından verilen sağlık hizmeti harcamalarına ilişkin yapılacak geri ödemeler , ilgili sağlık kuruluşunun bulunduğu bölgede geçerli genel fiyatlamalar ve makul- mutad ücretler üzerinde olamaz.

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 kapsamında ödenir.

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 malzeme ( Kalp pili , Platin, protez, orte, stent, kanser sonrası meme rekonstrüksiyon protezi v.b.)toplam tutarı yatarak tedavi teminatı içinde yer alan

Demir Hayat Sigorta A.Ş. Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (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



Ameliyat limitinden ve meri poliçe fert priminin 4 (dört) katını aşmamak kaydı ile ödenir. Ameliyat veya girişim için kullanılacak özellikli malzemelerin uygulanması için gereken harici cihaz veya aplikatör bedelleri veya kiralama ücretleri de bu kapsamda değerlendirilir.

Hastanede yatarak tedavi söz konusu olmadığı halde genel veya lokal anestezi altında yapılan cerrahi müdahaleler, acil durumlarda veya kaza sonucu oluşan durumlarda yapılan gözlem ve Küçük Müdahaleler, trafik kazası zaptı ile ispatlanan kaza 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 kapsamında ödenir. Limitsiz Yatarak tedavi planın 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 yoktur.

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 HUV/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 iptal edildiği veya farklı bir sigorta şirketine geçtiğinde poliçe bitim tarihinden sonra gerçekleştirilecek 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- KÜÇÜK MÜDAHALE TEMİNATI

HUV/Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesinde 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.

## A2-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.

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

## A3-EVDE BAKIM TEMİNATI

Sigortalının yatarak tedavi sonrasında takip eden ilgili kurum hekimi tarafından raporlanan evde uygulanacak tedavi planının Sigorta Şirketi tarafından değerlendirilip, onaylanması 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.

#### **A4-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.

#### **A5-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-HAMİLELİK VE DOĞUM TEMİNATI**

Normal ve sezaryen doğum, erken doğum ve/veya bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyonlar ve hamilelik halinin getirdiği tüm rutin tetkik, tedavi ve incelemeler ile zorunlu küretaj poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda ana teminat limiti kapsamında ödenir. Aile planlaması yöntemleri (implant, RİA, tüpligasyon, vazektomi) hamilelik ve doğum teminatı kapsamında, üst limiti yıllık standart Hamilelik ve Doğum Teminatı limitinin % 20 si ile sınırlı olmak kaydı ile ödenir.

İlk kez Hamilelik ve Doğum Teminatı alan veya başka bir şirkette var olan sağlık poliçesinde hamilelik ve doğum teminatı olsa bile geçiş olarak alınan kişilerin bu teminat kapsamındaki sağlık harcamaları, hamileliğin poliçe döneminde başlamış olması kaydı ile, 12 ay bekleme süresi sonucunda poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde bu teminat doğrultusunda karşılanır.

Gebelik süresince yapılan endokrin muayeneleri ve buna ilişkin tetkikler ( kan glikoz düzeyi, tiroid tetkikleri vb gibi) sigortalının evvelce bir endokrin hastalığı olmaması durumunda bu teminat kapsamında değerlendirilir.

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

Dış gebelik tedavileri yatarak tedavi kapsamında değerlendirilecektir.

Bu teminat, poliçe kapsamına erkek ve çocuk statüsünde dahil olan sigortalılar için geçerli değildir.

#### **C-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.

Demir Hayat Sigorta A.Ş. Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (212) 216 63 53 (pbx) Fax: ( 0212) 274 65 85  
İç Anadolu Bölge Müd. Ehlibeit 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

Ayakta tedavi teminatı tek başına alınamaz, Yatarak Tedavi Teminatı da alınması halinde geçerlidir.

#### **C1. 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.

#### **C2. İlaç Teminatı:**

Tıp Doktoru'nun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve tazminat talep formunda belirttiği durumlarda; doktor reçetesinde belirtilen ilaç giderleri, poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir. Reçetesiz ve kupürsüz alınan ilaç giderleri karşılanmaz. İlaçlar için, reçete başına 1 aylık doz kadar ödeme yapılır. İlaçlar, Reçetenin yazıldığı tarihten itibaren en geç 10 gün içerisinde alınmalıdır.

#### **C3. 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.

#### **C4. 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 vs...) vb. giderler ile tiroid, meme, prostat, testis, lenf bezi, cilt ve doku, iç organ biyopsileri vs...) vb. teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir. Tüm endoskopik işlemlerde genel anestezi giderleri teminat dışındadır.

#### **C5. 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 özel ve genel şartlar çerçevesinde yıllık 15 seans üst limitle ödenir. Fizik Tedavi giderlerinin teminat kapsamında değerlendirilebilmesi için görüntüleme yöntemi ile teyit edilmiş olması şarttır.

**Demir Hayat Sigorta A.Ş.**Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (212) 216 63 53 (pbx) Fax: ( 0212) 274 65 85  
**İç Anadolu Bölge Müd.** Ehlibeit 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

#### **D- GÜNDELİK BAKIM PARASI VE GÜNLÜK İŞ GÖREMEME PARASI TEMİNATI**

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

#### **E- EK TEMİNATLAR**

##### **E1- 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.

##### **E2- YILLIK CHECK-UP VE PSA-MAMOGRAFİ TEMİNATI**

Bu teminatın seçilmiş olması durumunda geçerlidir.

Poliçe ekinde check-up sertifikası verilmiş ise, üzerinde yazılı tetkikler, Check-Up Anlaşmalı kurumlarımızda yılda bir kez olmak kaydı ile sertifika üzerinde ismi yazan sigortalı için belirtilen şartlarla 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 ( dijital mamografi hariç), erkek sigortalılar için PSA tetkiki sigortalı sertifikasında belirtilen şartlarla verilmektedir.

##### **E3- DESTEK AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI**

Bu teminatın seçilmiş olması durumunda geçerlidir.

Ameliyatla sonuçlanmış yatarak tedavilerde ve / veya kaza sonucu oluşan hastanede yatarak tedavilerde yatış tarihinden 30 gün önce ve sonrasında ilgili ameliyata ilişkin doktor muayenesi, ilaç, tahlil – röntgen, modern teşhis yöntemleri ile yaptırılan tetkik masraflarını poliçe/ sertifikada belirtilen teminat limiti dahilinde ödenmesini kapsar.

Bu teminat sadece Yatarak Tedavi Teminatı ile birlikte alınabilir.

## 5- 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, kıkırdak sorunları, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği eklemlerindeki bağ rahatsızlıkları gibi vb.),
- anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür-fistül, pilonidal sinüs vb.) divertiküllere bağlı rahatsızlıklar, sfinkterotomi, her türlü fitiklar,
- rahim, rahim ağzı, yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve ameliyatlar, bartolin kisti, endometriozis, sistorektosel,
- akut böbrek yetmezliği nedeni dışında diyaliz, böbrek ve idrar yolu ameliyatları ve taşları (ESWL), mesane rahatsızlıkları, hidrosel, prostat (TUR dahil),
- sinüzit ve sinüs cerrahisi, bademcik, geniz eti, her türlü işitme kusuru (miringotomi, miringoplasti, kemik zincir onarımı, tüp takılması vs. gibi), orta kulak iltihabı ve uyku apnesi cerrahisi,
- 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, anjioplasti,
- her türlü kronik hastalık (hipertansiyon, ülser, reflü, inflamatuvar barsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn), KOAH, astım, şeker, epilepsi, 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 ve doku 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 v.b.)
- meme rahatsızlıkları ve ameliyatları, varis, tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları,
- aort disseksiyonu, anevrizmalar,
- beyin damarları hastalıkları (tıkanma, enfarkt, kanama ve benzerleri)
- multipl skleroz
- radyoterapi, kemoterapi ve kanser tedavisine yönelik diğer giderler
- GIS kanamaları
- Felç



## 6 - 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, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe 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 poliçe 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 rahatsızlıkların, tanısı poliçe dönemi öncesinde konmamış ise ilk teşhisi amacıyla yapılan giderler dışındaki teşhis ve tedavi harcamaları, 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, konka bülloza, nasal valv cerrahisi.
5. Kifoza, Skolyoza, Lordoza ve her türlü omurga eğrilikleri ile ilgili tetkik ve tedaviler.
6. 20 ile 50 yaş arasındaki sigortalıların Varikozel tanısı ve tedavisine yönelik tüm giderler.
7. 7 yaş altı çocuklarda göbük ve kasık fıtığı , hidrosel , ürogenital sistem taşları , gece işemesi, lakrimal kanal tıkanıklığı, labial füzyona ilişkin tedaviler ve tiroid testleri, yenidoğan metabolik tarama testleri, yeni doğan işitme testleri, el-bilek grafileri, ekokardiografi, kalça USG gibi doğumsal olan hastalıklara ilişkin tarama tetkikleri,
8. Polikistik böbrek, veziko üreteral reflü-VUR tetkik ve tedavileri
9. Sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, vb. gibi uzun süreli bakım sağlayan kuruluşlardaki hizmet ve tedavi giderleri.
10. AİDS ve bağlantılı tüm hastalıklar.
11. Cinsel fonksiyon bozuklukları (peyroni, corpus cavernosum yaralanmaları ) ve bunlarla ilgili tetkik ve tedavileri ile cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar "(sifiliz, gonore, şankroid, lenfogramiloma venerum, granüloma inguinale hastalıkları, genital kondilomlar, HPV enfeksiyonları)" ve bunlarla ilgili tetkik ve tedavi giderleri.
12. Düşük nedenlerinin araştırılması, kısırlık, her türlü tüp bebek ve çocuk sahibi olmak amacıyla yapılan tetkik ve tedaviler (follikül takibi, serklaj, tuboplasti, histerosalpinjografi, spermogram, adhezyolizis vb. gibi) .
13. Genetik hastalıklar ile genetik araştırmalar, testler ve tedaviler.
14. 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 tanısı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,
15. Motorsiklet ile ilgili tüm kazalar (hareket halinde veya durağan) Dağcılık, dalgıçlık, sivil havacılık, özel uçak / planör kullanma, paraşütle atlama, parasailing vb. otomobil sporları, kayak, patinaj, binicilik, su sporları gibi tehlikeli spor ve aktivitelerin amatör veya profesyonel olarak yapılması veya yarışları sırasında oluşan sağlık harcamaları.
16. Demans, alzheimer hastalığı, parkinson hastalığı ile ilgili tüm giderler
17. Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve genel sağlığını korumak amaçlı kullanılan vitamin, mineral kombinasyonları ve diğer beslenmeyi destekleyen doğal bitkisel içerikli preparatlar

18. 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, hidrofilye pamuk, termometre, şeker ölçüm stikleri ve kartuşları, gazlı bez vb.), yardımcı tıbbi malzemeler, suni tatlandırıcılar, gözlük camı ve çerçevesi, kontakt lens, lens solüsyonları, nemlendirici amaçlı ürünler, deniz suyu ihtiva eden ürünler, baz kremler.
19. 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, işitme cihazı, holter cihazı ve uyku apnesi cihazı (CPAP titrasyonu ve uyku odası dahil) vb. uyku apnesi dışında her türlü nedene bağlı horlama ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler, organ naklinde vericinin ve organın ücreti, kan veren kişiye ait tüm giderler.
20. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler (kaza sonucu olanlar ve meme kanseri sonrası uygulanan meme rekonstrüksiyonu hariç) ve teminat kapsamında olsa bile 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.), katarakt ameliyatlarında monofokal lens harici refraksiyonu düzeltme amaçlı kullanılan diğer göz içi lensler 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 aşılı, bağışıklık sistemini güçlendirmeye ilgili Sağlık Bakanlığı onayı olmayan rutin dışı aşı ve ilaçlar, akupunktur, ayurveda, mezoterapi, magnetoterapi, oksiterapi, karboksiterapi, nöral terapi, şiroprakti, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy, jakuzi, hipnoz, aromaterapi, estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar, deri kurummasını ve terlemesini önleyen tüm tedaviler, kaplıca kürleri, kaplıca ve termal merkezlerinde yapılan muayene ve tüm tedaviler (fizik tedavi dahil), çamur banyoları, şifa kürleri, akne ve folikülit 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), başka bir gerekçe ile yapılıyor olsa dahi zayıflama ameliyatları (mide kelepçesi, sindirim sistemi by-pass operasyonları ve benzerleri) 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 komplikasyonları, lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayeneleri giderleri ile işitme cihazı satan merkezlerde yapılan işitme testleri giderleri, gıda intolerans testleri.
21. Tedavi amaçlı olsa dahi botox ve ozon uygulamaları
22. PRP (platelet rich plasma) tedavileri
23. Poliçenin ilk oniki ayı içinde hamilelik ve doğum teminatı kapsamındaki sağlık harcamaları
24. 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
25. 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.
26. Poliçe geçerlilik süresinde oluşan bir kaza sonucu meydana gelmedikçe plastik cerrahi.
27. Sigortalı hayatını tehlikeye sokmaksızın ayakta tedavi ile yapılabilecek inceleme ve işlemlerin hastaneye yatırılarak yaptırılması, check-up ve check-up kapsamına giren işlemler, 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.
28. Koroner BT Angio ve PET tetkik giderleri, EBT (Electron Beam Tomografi) , koroner arter kalsiyum skrolama, Robotik cerrahi ile yapılan tedaviler, balon sinoplasti giderleri, sanal kolonoskopi/ angiografi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkikler,
29. Sigortacı'nın Acil Hizmeti dışında yapılan kara ve hava ambulansı taşıma giderleri.

30. Sigortalının tazminat talebinde bulunurken yaptığı ulaşım, posta, konaklama, yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları ve Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanması vb. giderler.
31. Tıp doktoru tarafından reçete edilmemiş tüm ilaçlar ve yapılan tedaviler/girişimler, (Dış teminatı olmaması durumunda Dış Hekiminin yazmış olduğu reçeteler) ve doktor istem formunda belirtilmeyen bütün incelemeler.
32. Sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyumlu olmayan hekimler tarafından talep edilen tüm tetkik ve tedavi/girişim talepleri.
33. İşyeri hekimi tarafından personel harici kişilere yazılan her türlü reçete ve tetkik talepleri
34. Özel hemşire giderleri, suit oda farkı.
35. Poliçede (sertifikada) belirtilmediği takdirde yurt dışı tedavi giderleri.
36. Kuduz, tetanoz, grip ve 0-5 yaş tüm rutin çocuk aşıları (su çiçeği, prevenar, hepatit A, gibi) haricindeki aşı giderleri ve hastalığa karşı koruyucu her türlü tıbbi işlemler.
37. 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 veya alternatif tedavi yöntemlerine göre daha etkin olduğu kanıtlanmamış tedaviler, ilaçlar ve cihazlar ile ilgili tüm giderler ile TTB (Türk Tabipler Birliği)' de belirtilmeyen işlemler,
38. Yurtdışı yatarak ve ayakta tedavilerde ve doğum teminatının limitsiz seçilmesi halinde ilgili tedaviye ait toplam fatura tutarının, Genel Network poliçelerde Türkiye' deki 5 büyük hastane ortalamasının, Alternatif Network poliçelerde 1x TTB tutarı haricindeki kısım.
39. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili giderler.
40. 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.
41. 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.
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.
43. Terör ve deprem sonucu gerçekleşen sağlık harcamaları,
44. Göz kapak ameliyatları (pitozis, kapak düşüklüğü gibi)
45. Hiperhidroz tedavisi
46. Asteni ile ilgili giderler
47. Kansere yönelik yapılan haricindeki Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri,

## 7-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 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.

**Demir Hayat Sigorta A.Ş.**Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (212) 216 63 53 (pbx) Fax: ( 0212) 274 65 85  
**İç Anadolu Bölge Müd.** Ehlibeit 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

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

Genel Network poliçesinde Anlaşmalı kurumlarda Anlaşmasız olarak görev yapan operatör ve anestezi uzmanı ücretleri HUV/TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem biriminin maksimum 2 katına kadar ödenmektedir. Alternatif Network poliçesinde Anlaşmalı Kurumlarda Anlaşmasız olarak görev yapan operatör ve anestezi uzman ücretleri ise HUV/TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem birimi kadar ödenmektedir. Genel ve Alternatif Network poliçelerinin tamamında, hem kurumun hem doktorun anlaşmasız olduğu durumlarda ödenecek operatör ücreti ise 1X HUV/TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlandırılmıştır.

Ancak her durumda, anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen veya anlaşmasız doktorlar tarafından verilen sağlık hizmeti harcamalarına ilişkin yapılacak geri ödemeler, ilgili sağlık kuruluşunun bulunduğu bölgede geçerli genel fiyatlamalar ve makul- mutad ücretler üzerinde olamaz.

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.'ye ulaştırması gerekmektedir.

### **Ayakta Tedavi Teminatı:**

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılan her türlü tedavilerde, tazminat talebinin değerlendirilmesi ve kapsam dahilinde ise Hastaneye doğrudan ödeme işleminin tamamlanabilmesi için hasta kabul işlemi sırasında poliçe ekinde verilen sigortalı kartının Hastaneye ibraz edilmesi veya resmi kimlik ibrazı ve Türkiye Cumhuriyeti Kimlik Numarası ile işlem yapılması gerekmektedir. Tedavinin bitiminde, teminat dahilindeki ödemeler sigorta şirketi tarafından Hastaneye yapılır.

Alternatif Network poliçesinde, Anlaşmasız Sağlık Kuruluşlarında yapılan her türlü tedavi harcamasının sigortalıya geri ödemesi 1XHUV/TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlandırılmıştır.

Ancak her durumda, anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen veya anlaşmasız doktorlar tarafından verilen sağlık hizmeti harcamalarına ilişkin yapılacak geri ödemeler, ilgili sağlık kuruluşunun bulunduğu bölgede geçerli genel fiyatlamalar ve makul- mutad ücretler üzerinde olamaz.

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 küpürleri,
- 3 ) İlaç giderlerine ait fatura veya kasa fişi.

C- Tahlil Röntgen Teminatına 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 doldurulamadığı durumlarda hastalık veya yapılan tedavi ile ilgili doktor raporunun (epikriz) sigorta şirketine gönderilmesi gerekmektedir.

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 tazminatı 15 işgünü içinde 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.

## 8-SİGORTANIN COĞRAFI 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.

Yurt dışında gerçekleşen tedavi giderlerinin poliçe kapsamında ödenebilmesi için, sigortalının yurt dışında kesintisiz kalış süresinin 3 aydan az olması gerekir.

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.

## 9-DEMİR HAYAT SİGORTA RİSK KABUL DEĞERLENDİRMESİ / PLAN DEĞİŞİKLİĞİ

Sigortacı ilk veya yenileme sözleşmesini yaparken poliçeye dahil olacak kişiler için veya poliçe yenilemesinde teminat artışı / plan değişikliği talep edildiğinde ; 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, teminat artışı/ plan değişikliğini onaylayıp onaylamama 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 başvurusu reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır. Muafiyet ve/ veya ek şart uygulanması durumunda, poliçe yenilediği 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 kazanmış olan sigortalıların, Yenileme Garantisine ilişkin hükümleri saklıdır.

## 10- 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 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 yenilediği 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 bildirim 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.

## 11- YENİLEME GARANTİSİ

Demir Hayat Sigorta A.Ş.' nde 55 yaşından önce Sağlık Sigortası kapsamına alınmış Grup / Kurumsal Sağlık Poliçesi sahibi sigortalı; poliçesi herhangi bir nedenle kesintiye uğramadan aralıksız 3 yıl boyunca Demir Hayat Sigorta A.Ş.' nde yürürlükte kaldığı; son üç yıl için, her yıl sağlık harcamaları/toplam prim oranı %100 ün altında kaldığı 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.), MS, kronik akciğer hastalığı, geçirilmiş ciddi travma ve yarıklar rahatsızlıklarının bulunmaması durumunda, risk değerlendirmesi yapılarak poliçe yenileme döneminde "**Bireysel Poliçe'ye Geçiş İçin Yenileme Garantisi**" değerlendirmesine hak kazanır.

Demir Hayat Sigorta A.Ş., Bireysel Poliçe'ye Geçiş İçin Yenileme Garantisi verilecek Grup / kurumsal Sağlık Poliçesi kapsamındaki Sigortalı'nın sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla tıbbi incelemeler isteyebilir (Tıbbi incelemelerle ilgili masraflardan Demir Hayat Sigorta A.Ş. sorumlu değildir). Yapılan analiz sonucuna göre Demir Hayat Sigorta A.Ş. Bireysel

Demir Hayat Sigorta A.Ş. Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (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

Police'ye Geçiş İçin Yenileme Garantisi vermeme, standart şartlarla kabul etme, ek prim; belirli rahatsızlıklar için bekleme süresi ve/veya özel istisna koyarak özel şartlar altında garanti verme hakkına sahiptir.

Yenileme Garantisi almış olan grup sigortalısının işten ayrılması, emekli olması ve grubun police yaptırmaması durumunda poliçesinin bitiş tarihinden itibaren 30 gün içerisinde başvuruda bulunmuş olması durumunda aşağıdaki şartlar geçerli olacaktır.

Bireysel Police'ye Geçiş İçin Yenileme Garantisi verilmiş Grup / Kurumsal Sağlık Sigorta Poliçesi sahibi kişi, Demir Hayat Sigorta A.Ş. den Bireysel Sağlık Sigorta poliçesi almak istediğinde, eşdeğer teminatlar veya daha dar teminatlı bir poliçeye geçişte ek bir risk analizi yapılmaksızın sigortalanır. Sigortalı Bireysel Police'ye Geçiş için Yenileme Garantisi aldığı poliçe teminatlarından daha geniş bir teminat ile Bireysel Sağlık Sigorta Poliçesi almak veya Grup poliçesinde daha geniş teminatlı bir plana geçmek isterse, Demir Hayat Sigorta A.Ş., yeniden risk analizi yaparak teminat genişletilmesini onaylamama , Yenileme Garantisi'ni kaldırarak veya Yenileme Garantisi'ni şartlı hale çevirerek onaylama hakkına sahiptir.

Bireysel Police'ye Geçiş İçin Yenileme Garantisi uygulaması, ancak grup / kurumsal police kapsamında bu garantiyi alan tüm aile bireylerinin bireysel poliçeye geçiş başvurusunda bulunması kaydı ile geçerli olacaktır. Grup poliçesinde sigortalılık devam ederken talep edilecek ek bireysel sağlık sigorta poliçesi, Yenileme Garantisi hakkı olmaksızın tanzim edilir.

Bireysel Sağlık Sigortası'na geçiş yapan sigortalı için, o andan itibaren ilgili Demir Hayat Sigorta A.Ş. nin güncel Bireysel Sağlık Sigortalı Özel ve Genel Şartları uygulanır. Demir Hayat Sigorta A.Ş.'nin Bireysel Police'ye Geçiş İçin Yenileme Garantisi verdiği sigortalılarına sunacağı Sağlık Sigortası poliçesi, poliçenin yenilenme döneminde yürürlükte olan özel ve genel şartlar ile belirlenen güncel primlere tabidir.

**Grup/Kurumsal poliçeler kapsamında sigortalı olan kişilere verilen Yenileme Garantisi, Hazine Müsteşarlığı tarafından 23 Ekim 2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Özel Sağlık Sigortalı Yönetmeliği kapsamında tanımlanmış olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi değildir.**

## 12- SİGORTAYA KABUL VE KONTROL YETKİSİ

Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ikamet eden ve Türkiye Cumhuriyeti Kimlik Numarası veya geçici kimlik numarası sahibi gerçek kişiler sigortaya kabul edilirler. Bu sigorta ilk kez sigortalanma yaşı olarak 0-65 yaşındaki kişileri teminat altına alır. Talep edilmesi durumunda sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş ve orta veya yüksek öğrenimine tam gün devam eden çocukları da 24 yaşına kadar sigorta teminatına dahil edilebilirler.

Sigorta Ettiren police kapsamına alınacak yeni personeli ve varsa bağımlılarının poliçeye girişini işe girişi takip eden en fazla 30 gün içerisinde Sigortacı'ya başvuru formu ile birlikte bildirmekle yükümlüdür. Bu süre içerisinde bildirilmeyen girişler, poliçe yenilemesinde kapsam içine alınması talep edilebilir. Süresi içinde bildirilen giriş talepleri, işe giriş tarihi itibarı ile yapılır.

Poliçe kapsamındaki anne veya babanın yeni doğan bebekleri (doğum giderleri poliçe kapsamında tazmin edilmiş olup olmadığına bakılmaksızın) ile evlat edinilen küçükler doğum veya evlat edinmeyi takip eden 30 gün içinde talep edilmesi halinde başvuru formu alınarak poliçenin yürürlükte olduğu kalan dönem için gün esaslı üzerinden hesaplanacak prim ile Sigortacı'nın risk kabul esasları doğrultusunda değerlendirilerek dahil edilir.

**Demir Hayat Sigorta A.Ş.**Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (212) 216 63 53 (pbx) Fax: ( 0212) 274 65 85  
**İç Anadolu Bölge Müd.** Ehlibeit 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 kapsamına kabulde her bir kişi için ayrı ayrı sağlık bildiriminde bulunulması şarttır. Sigortacı sigortalının sağlık riskini değerlendirebilmek için tıbbi incelemeler ve sigortalıdan ve/veya 3. kişilerden ek bilgi ve belge isteme hakkına sahiptir. Demir Hayat Sigorta A.Ş. bu bildirim 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.

Sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse sigortacı sigortalıyı kapsama almama, almış ise kapsamdan çıkarma veya rahatsızlığı ile ilgili muafiyet uygulama hakkına sahiptir. Bu durumda riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminat ödemesi yapılmaz.

Sigortacı, gider bildiriminde bulunulması durumunda veya sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı muayene ettirme, yapılacak tedavinin geçerliliği ve gerekliliğini teyid amacıyla ikinci doktor görüşü alma hakkına sahiptir. Bu durumda giderler Sigortacı tarafından ödenir. 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 başvurusu ile bu konuda Sigorta Şirketini yetkili kıldığını kabul eder.

### 13-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.

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.

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 günün geçemez.

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 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. Personelin poliçeye dahil edilmemesi durumunda bağımlılar poliçe kapsamına alınamayacaktır. Bağımlılar, personel planından daha geniş teminatlı bir poliçe alamazlar.

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 Sigortacının risk kabul değerlendirmesi uyarınca ek prim ve/ veya kullanım ekprim/ indirimi uygulanarak oluşturulmaktadır. Risk kabul

değerlendirmesi sonucunda sigortalıya ek olarak %20 ila %200 arasında değişebilecek hastalık ekprimi uygulanabilecektir. Demir Hayat Yenileme Garantisine ilişkin hükümler saklıdır.

Her sigortalı için ayrı prim alınmaktadır. Poliçe teminatları ilk primin tahsil edilmiş olması halinde başlar. Prim tahsil edilmediğinde Genel Şart ve TTK hükümleri uygulanır.

Poliçe fert primleri bir önceki döneme göre yenileme döneminde maksimum %200 arttırılabilir.

#### **14- GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR**

Kazanılmış haklarla, özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması kastedilmektedir.

Sigortalının başka bir sigorta şirketindeki eşdeğer 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 tarihinin takip eden maksimum 30 gün içerisinde şirketimize başvuru formu ile başvuruda bulunmuş 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 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.

Demir Hayat Sigorta A.Ş. hak transferi kapsamında sigortalı lehine 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 hakkından söz edilemez.

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

#### **15-PRİMLERİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN TALEBİ SONUCU İPTAL VE POLİÇEDEN ÇIKIŞ**

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.

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

Sigorta ettirenin işveren olması halinde, iş ilişkisinin kesilmesi halinde poliçeden çıkış yapılır. Sigorta ettiren bu bildirimini yapmamış olsa dahi, Sigortacı durumu öğrendiği andan itibaren poliçeden çıkışı resen yapabilir.

Bu Poliçe ile teminat altına alınan Sigortalı, Kanunen Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi tanımlamalarından çıkmış ise veya 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 bu durumun bildirilip sigorta poliçesinden çıkması talep edilmelidir. Tüm bu bildirimler Sigorta Ettiren tarafından Sigortacıya 30 gün içinde yazılı olarak yapılmalıdır.

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 münfesihtir.

Sigorta Ettiren'in poliçe iptal talebinde bulunması veya sigortalı ve varsa bağımlılarının çıkışının talep etmesi halinde ise, Sigortacı ilgili prim iadesini, iptal tarihi'nden başlayıp bitiş tarihi'ne kadar olan süre esas alınarak gün esasıyla hesaplayacaktır. Sigorta ettiren, iptal sırasında prim borcu var ise mevcut prim borcunu nakden ve def'aten ödemekle yükümlüdür. Grup poliçesinin iptalinde veya sigortalı çıkışında sigortalılara ödenen tazminat tutarları, Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını aşarsa prim iadesi yapılmaz.

Tüm bu yukarıda belirtilen iptal veya çıkış işlemlerinde, ödenen tazminatların poliçe primini aşması durumunda ise tüm prim muaccel olacaktır. Poliçenin iptal edilmesi veya Sigortalı 'nın (varsa bağımlılarının) 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.

Fert veya bağımlı çıkışı bildirim aşamasında gecikmeden doğan haksız ödenmiş sağlık harcamaları, sigorta ettiren yükümlülüğündedir. Fert / çalışanın poliçeden çıkışı veya vefatı halinde, bağımlılar da poliçeden çıkarılacaktır.

## 16. SİGORTALININ VEFATI

Sigortalının vefatı durumunda ise Sigortacı aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu Poliçelerde, Sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Madde 15'de belirtilen iptal ve çıkış 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.

**Demir Hayat Sigorta A.Ş.**Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (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



Grup sağlık poliçelerinde vefat eden sigortalı, personel statüsünde ise, bağımlı statüsünde birlikte sigortalanmış aile fertleri de aynı tarih itibarı ile poliçeden çıkartılır. Bu sigortalıların primi kendi ödemek kaydı ile bireysel sigorta poliçesi almak istemeleri durumunda grup poliçesinde yenileme garantisi almış iseler , vefat tarihinden sonra en geç 30 gün içinde başvurmaları halinde var olan sigortalılık hakları (ilk kayıt tarihi, yenileme garantisi) korunur. Daha geniş teminat içeriği olan bir poliçe talep edilmesi halinde, Sigortacının risk değerlendirmesi yaparak geniş teminatlı poliçe talebini kabul edip etmeme hakkı saklıdır.

Poliedeki bağımlıların grup poliçesinde yenileme garantileri yoksa yukarıda belirtilen süreler içinde başvurmuş olsalar bile, Sigortacı yeniden risk değerlendirmesi yaparak poliçe tanzim etmeme, bazı hastalıkları teminat dışında bırakma veya teminatı daraltarak teklif sunma haklarına sahiptir.

#### **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.

#### **17. 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.ř. kişinin sigortasını prim iadesi yapmadan iptal etme, ödemiş olduğu tazminatı geri isteme hakkına sahiptir.

#### **18- SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE YENİ GİRİş İşLEMLERİ VE SİGORTA şARTLARINDA DEĞİşİKLİK HAKKI**

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

Sigorta Ettiren poliçe kapsamına alınacak yeni personeli ve varsa bağımlılarının poliçeye girişini işe girişi takip eden en fazla 30 gün içerisinde Sigortacı'ya başvuru formu ile birlikte bildirmekle yükümlüdür. Bu süre içerisinde bildirilmeyen girişler, poliçe yenilemesinde kapsam içine alınması talep edilebilir. Süresi içinde bildirilen giriş talepleri, işe giriş tarihi itibarı ile yapılır.

Sigorta Ettiren, sigortalının yeni doğmuş / evlat edinilmiş çocuğunu ve sigorta başlangıcından sonra gerçekleşen bir evliliğin akabinde sigortalının eşini Poliçe'ye dahil etmeyi talep edebilir.

Sigorta Ettiren doğum tarihinden , evlilikten veya evlat edinmeyi takiben 30 gün içinde talebini resmen sigortacıya başvuru formu ile bildirdiği takdirde eř, ocuk veya evlat edinilmiş küçükler sigorta kapsamına alınır. Aksi durumda eř ve çocuklar ancak poliçe yinelenmesinde teminat kapsamına alınabilir. Bu durumda dahi ;sigortacı eř ve çocuğun sigortaya ilave edilmesini reddetme, özel veya standart şartlarla kabul etme hakkını saklı tutmaktadır.

Yeni doğan bebekler için doğum tarihini takip eden 14. günden sonra başvuru formu doldurulur ve giriş işlemi başvuru formu doldurulma tarihi itibarı ile yapılır. Evlenme nedeni ile giriş yapılacak eř için evliliği takip eden 30 gün içinde başvuru yapılması halinde evlilik tarihi itibarı ile poliçeye girişi yapılır.



Resmen Poliçe'ye ilave edilen kişiyle ilgili olarak Sigorta Ettiren'in Sigortacı'ya borçlu olacağı prim, zeyilnamenin Başlangıç Tarihi'nden başlayarak Bitiş Tarihi'ne kadar, gün esasıyla hesaplanacaktır.

Sigortacı, verdiği kararla ilgili herhangi bir neden veya gerekçe göstermeden, teminat altına alınması istenen kişilerin ilave edilmesini reddetme, özel veya standart şartlarla kabul etme hakkını saklı tutmaktadır. Poliçe'ye yapılacak herhangi bir ilavenin geçerli olabilmesi için Sigortacı tarafından yazılı olarak kabul edilip onaylanması gerekir.

Sigorta Ettiren ve/ veya Sigortalı yıl içerisinde plan değişikliği talebinde bulunamaz. Plan değişikliğinin yenileme döneminde talep edilmesi halinde, Demir Hayat Sigorta A.Ş. tarafından değerlendirmeye alınır.

Sigorta Ettiren, Yenileme Tarihi'nde yapılmasını istediği değişiklikleri, Sigortacı'dan yazılı olarak talep etmek zorundadır. Sigorta süresi içinde talep edilen teminat kapsamındaki değişiklikler, yenileme tarihine kadar gerçekleştirilmeyecektir. Sigortacı, Sigorta Ettiren'in talep ettiği değişiklikleri, yenileme süreci sırasında özel şartlar altında kabul ya da reddetme veya standart şartlar altında kabul etme , prim teklifini bu doğrultuda hazırlama hakkına sahiptir.

Poliçe'de yapılacak her türlü değişikliğin geçerli olabilmesi için Sigortacı tarafından kabul edilip onaylanması gerekir.

Yapılacak tüm sigortalı çıkarma işlemlerinde (vefat durumu dahil) Özel Şartlar madde 15 ve 16'de belirtilen iptal/çıkarma kriterleri dikkate alınır.

## 19. 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.

## 20-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.

Demir Hayat Sigorta A.Ş. Büyükdere cad. 124/B 34394 Esentepe İstanbul Tel: (212)288 68 51pbx- (212) 216 63 53 (pbx) Fax: ( 0212) 274 65 85  
İç Anadolu Bölge Müd. Ehlibeit 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 ettiren sıfatı ile İşveren, sigortalılara 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu ve Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliğinde tanımlanmış gerekli bilgilendirmelerin yapılmasını teminen iletişim bilgilerini Sigortacı ile paylaşır. Tüm sigortalıların iletişim bilgilerinin doğru ve eksiksiz olarak Sigortacı'ya iletilmemesinden doğacak tüm sorumluluk Sigorta Ettiren'e ait olacaktır.

Sigorta Ettiren sigortalılara ait iletişim bilgilerini Sigortacı ile paylaşmadığı durumlarda, sigortalılara ait tüm bilgilendirmeleri, poliçe eklerini, tazminat taleplerinde Sigortacı tarafından istenebilecek ek belge taleplerini ve Kişisel Verilerin Korunması Hakkındaki Kanuna ilişkin bilgilendirmeyi (Sigorta Şirketi web sitesinde bulunmaktadır) yapmakla yükümlüdür.

Sigorta Şirketi, sağlık sigortası sözleşmesinin gereklerini yerine getirebilmek için kendisine iletilen kişisel ve özel nitelikli kişisel verileri işler, kaydeder ve hukuken/mevzuat gereği tanımlanmış 3. Kişi ve kurumlarla paylaşır.

Grup sigortası poliçesi sonlanmasını takiben, Sigorta Şirketi kanun ve mevzuat gereği saklaması ve resmi kurum ve kuruluşlarca talep edildiğinde tevsik etmesi gereken kişisel ve özel nitelikli kişisel verileri kendi personelinin de ulaşamayacağı bir şekilde kaydeder, ilgili süre sonunda siler, yok eder veya anonim hale getirir. Kişisel verileri, sigorta ettirence paylaşılmış olan gerçek kişilerin yazılı olarak talep etmesi halinde, hangi verilerin işlendiği, kaydedildiği ve 3. Kişilere ne kapsamda ve ne amaçla iletildiği hakkında bilgi verilir.

Sigorta Ettiren sıfatı ile İşveren'in iş ilişkisi nedeniyle vakıf olduğu Kişisel Bilgilerin 3. Taraf olarak Sigorta Şirketi ile paylaşıldığı hususunu personeline bildirmekle yükümlüdür. Sigorta Ettiren'in poliçe tanzimi için onay verdiği anda, personeli ve yerine göre bağımlılarının Kişisel Verilerinin ve Özel Nitelikli Kişisel Verilerinin Sigortacı tarafından toplanması, kaydedilmesi, işlenmesi ve kanuni yükümlülükleri gereği üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılması için gereken onayı almış olduğu varsayılacaktır.