

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 Sağlık ve Hayat Sigorta güvencesi ile sunuyoruz.

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

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.
“Hayata iyi bak”

Bu kitapçık, Demir Sağlık ve Hayat Sağlık Sigortası'nın ayrılmaz bir parçasıdır.

Yayın Tarihi : 01.01.2026

İÇİNDEKİLER

Madde 1-Sigorta Konusu

Madde 2-Tanımlar

Madde 3-Teminatlar ve Uygulama Esasları

A- Yatarak Tedavi Teminatı

B- Küçük Müdahale Teminatı

C- Ayakta Tedavi Teminatı

C1-Doktor Muayene Teminatı C2-İlaç Teminatı

C3-Tahlil-Röntgen Teminatı

C4-Modern Teşhis Yöntemleri Teminatı C5-Fizik Tedavi

D- Gündelik Bakım parası ve Günlük iş görememe parası 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- Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Madde 11- Sigortanın Süresi Ve Primler

Madde 12- Sigortaya Kabul ve Kontrol Yetkisi

Madde 13- Geçiş İşlemleri, Kazanılmış Haklar

Madde 14- Sigorta Süresi İçerisinde Yeni Giriş İşlemleri Ve Sigorta Şartlarında Değişiklik Hakkı

Madde 15- Hasar İndirim / Ek Primi

Madde 16- Primlerin Ödenmemesi Veya Sigorta Ettirenin Talebi Sonucu İptal Ve Poliçeden Çıkış Talepleri

Madde 17- Sigorta Ettirenin Veya Sigortalının Vefatı

Madde 18- Kötü Niyet Sonucu İptal

Madde 19- Sigorta Süresinin Sona Ermesinden Sonraki Tedaviler

Madde 20- Rücu Hakkı

Madde 21- Uyarılar, bilgilendirmeler.

Bu özel şartlar, 1.01.2026 tarihi itibarı ile ilk yıl olarak Başvuru Formları düzenlenen tüm Demir Sağlık ve Hayat Yabancı Sağlık Sigortası poliçeleri için geçerlidir.

1- SİGORTANIN 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 ve Sağlık Sigortaları Genel Şartları ve hükümleri geçerlidir.

Bu poliçede tüm Kamu Hastaneleri, Kamu Üniversite Hastaneleri ve Şehir Hastaneleri anlaşmalı kurum statüsünde olup, tazminat ödemeleri anlaşmalı kurum limit ve ödeme yüzdeleri ile yapılır.

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 Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. Sağlık departmanı tarafından acil olduğuna karar verilen Dünya Sağlık Örgütüncə kabul edilmiş aşağıda belirtilen durumdur.

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

17. Kurşunlanma, bıçaklanma, kavga, terör, sabotaj, vb
18. Renal Kolik: Böbrek taşlarının yol açtığı, ilerlemesi durumunda idrar yolu ya da böbrek hasarına yol açabilecek şiddetli ağrı oluşturan durum.
19. Suda Boğulma
20. Donma, Soğuk Çarpması
21. Isı Çarpması
22. Ciddi Yanıklar
23. Yeni Doğan Komaları
24. Başlamış Doğum Faaliyeti (Su Kesesinin Boşalması)
25. Diyabetik ve Üremik Kanama: Diyabet (şeker hastalığı) ve böbrek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar.
26. Genel Durum Bozukluğunun Eşlik Ettiği Diyaliz Hastalığı
27. Akut Masif Kanamalar: Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar.
28. Omurga ve Alt Ekstremité Kırıkları: Büyük dış veya iç kanamaya yol açan bacak kırıkları ve her türlü omurga kırıkları.
29. Tecavüz
30. Dekompresyon (Dalgiç) Hastalığı: Halk arasında vurgun yemek olarak tabir edilen durum.
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 Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'nin anlaşmalı kuruluş sözleşmesini onaylayarak ve Demir Sağlık ve 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. **Bu poliçede tüm Kamu Hastaneleri, Kamu Üniversite Hastaneleri ve Şehir Hastaneleri anlaşmalı kurum statüsünde olup, tazminat ödemeleri anlaşmalı kurum limit ve ödeme yüzdeleri ile yapılır.**

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 Tıpdoktorları.

Anlaşmasız Kuruluş: Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. ile arasında anlaşmalı kuruluş sözleşmesi bulunmayan ve Demir Sağlık ve 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.

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 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.

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, 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: 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 Sağlık ve 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.

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

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

Sigorta Poliçesi: Özel sağlık sigortası sözleşmesini belgeleyen evrak

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

Sigortacı: Tescilli yapılarak işletme ruhsatı alan ve police düzenleyen Sigorta Şirketidir. (Bu Özel Şartlar kapsamında Demir Sağlık ve 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 Sigortalananacak 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 police 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 police üzerinde gerekse genel ve özel şartlarda belirtilen ve teminat kapsamı dışında tutulan durumlar ile sertifika dahil policede 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 Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.' ne harcama belgeleri ile gönderilecek form.

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

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.

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 Sağlık ve 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.

Yabancı Sağlık poliçesinde Anlaşmalı Kurumlarda Anlaşmasız olarak görev yapan operatör ve anestezi uzman ücretleri ise TTB/HUV Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem birimi kadar ödenmektedir. Hem kurumun hem doktorun anlaşmasız olduğu durumlarda ödenecek operatör ücreti ise 1 X TTB/HUV Asgari Ücret Tarifesi % 80 ödeme oranı 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.

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, plak, vida, protez, ortez, stent, kalp kapakları, endoskopik operasyonlarda kullanılan trokar, tacker gibi özellikli malzemeler 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.

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.

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/HUV

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.

Yabancı sağlık poliçesinde yurt dışında gerçekleşen tedaviler teminat dışıdır.

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.

B-KÜÇÜK MÜDAHALE TEMİNATI

Türk Tabipler Birliğinde/HUV 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-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, TTB/ HUV 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.

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.

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 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.

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, punch veya iğne yöntemi ile tiroid, meme, prostat, testis, lenf bezi, cilt ve doku, iç organ biyopsileri vs...) 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.

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 maksimum 15 seansa kadar özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir. Birden fazla vücut bölgesine fizik tedavi uygulanması durumunda, her bölge bir seans kabul edilir. Görüntüleme sonucunda patolojik bir bulgu olmaması durumunda talep edilen fizik tedavi seansları teminat kapsamında değerlendirilmez. (fibromiyalji vb.)

D- HASTANE GÜNDELİK TAZMİNAT, GÜNDELİK BAKIM PARASI VE GÜNLÜK İŞ GÖREMEME PARASI TEMİNATI

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

4- BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen rahatsızlıklarla ilgili cerrahi veya hastanede yatırılarak ya da ayakta yapılan "tüm tıbbi (medikal) tedaviler ve teşhis işlemleri" poliçenin ilk yılında Yatarak Tedavi için 9 ay, Ayakta Tedavi için 6 ay teminat kapsamında değildir:

- Omurga ve disk hastalıkları (disk hernileri, faset denervasyon, sinir blokajı vb.),
- Higdroma, tırnak çekilmesi ve tırnak yatağı revizyonu, hallux valgus, trigger finger, eklem rahatsızlıkları (menisküs, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği eklemlerindeki bağ rahatsızlıkları gibi vb.),
- 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, tıkanma, 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, kemoterapi ve kanser tedavisine yönelik diğer giderler,
- Meme rahatsızlıkları ve ameliyatları, varis, felç, tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları,

5- STANDART İSTİSNALAR

Poliçe 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 var olan maluliyet veya hastalığın gerektirdiği ameliyat veya tedavi ile ilgili giderler ile tüm nüks ve komplikasyonları.
2. Doğuştan gelen hastalık (pes planus (edinsel dahil), 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 (Demir Bebek hariç).

3. Tıbbi zorunluluk olsa dahi (fimozis) yapılan sünnet. Sünnet öncesi ve sonrası komplikasyonları (Demir Bebek 3.yıldan sonra hariç)
4. Yapısal bozukluklar (septum deviasyonu, nazal valv cerrahisi, konka hipertrofisi, konka bülloza, halluks valgus, halluks varus, halluks rijitus)
5. Her türlü omurga eğrilikleri (skolyoz, kifoz, lordoz).
6. 20 ile 50 yaş arasındaki sigortalıların Varikozel tanı ve tedavisine yönelik tüm giderler.
7. 7 yaş altı çocuklarda göbek ve kasık fıtığı ile hidrosel (Demir Bebek hariç), gece işemesine ait tedaviler
8. Sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, vb. gibi uzun süreli bakım sağlayan kuruluşlardaki hizmet ve tedavi giderleri.
9. AİDS ve bağılantılı tüm hastalıklar.
10. Cinsel fonksiyon bozuklukları (peyroni, corpus cavernosum yaralanmaları, vaginismus,) 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, spermioqram, 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) 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 harcamalarının yıllık 1500 TL üzeri olan kısmı
15. Demans, alzheimer hastalığı, parkinson hastalığı ve geriatrik hastalıklar 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 preparatlar
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, ortopedik bot, tabanlık, varis çorabı, dizlik, bileklik, aerochamber, işitme cihazı, vb.), yardımcı tıbbi malzemeler, suni tatlandırıcılar, 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, ortez, 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.

19. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler (kaza sonucu olanlar ve meme kanseri sonrası uygulanan rekonstrüktif amaçlı meme protezi 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 aşılırları, bağışıklık sistemini güçlendirmeye ilgili Sağlık Bakanlığı onayı olmayan rutin dışı aşı ve ilaçlar, akupunktur, ayurveda, hidroterapi, jakuzi, hipnoz, aromaterapi, estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar, deri kurumasını ve terlemesini önleyen tüm tedaviler, torakoskopik sempatektomi, botox uygulamaları, ksantelezma, kaplıca kürleri, şiropraktik tedavi, 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 (çinko, biotin vb.), tedavi ve ilaç giderleri, obezite 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.
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. Poliçe geçerlilik süresinde oluşan bir kaza sonucu meydana gelmedikçe plastik cerrahi.
23. 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.
24. Koroner BT Angio ve PET tetkik giderleri, koroner arter kalsiyum skrolama, Robotik cerrahi ile yapılan tedaviler, balon sinoplasti giderleri, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkikler,
25. Sigortacı'nın Acil Hizmeti dışında yapılan kara ve hava ambulansı taşıma giderleri.
26. Sigortalının tazminat talebinde bulunurken yaptığı ulaşım, posta, konaklama, yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları ve Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanması vb. giderler.

27. Tıp doktoru tarafından reçete edilmemiş tüm ilaçlar (Diş teminatı olmaması durumunda Diş Hekiminin yazmış olduğu reçeteler) ve doktor istem formunda belirtilmeyen bütün incelemeler.
28. Özel hemşire giderleri, suit oda farkı.
29. Poliçede (sertifikada) belirtilmediği takdirde yurt dışı tedavi giderleri.
30. 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.
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/HUV (Türk Tabipler Birliği)' de belirtilmeyen işlemler,
32. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili giderler.
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. 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.
35. 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 rücu en tahsil etme hakkını saklı tutar.
36. Terör ve deprem sonucu gerçekleşen sağlık harcamalarının, 1000 TL muafiyet düşüldükten sonra, poliçe fert primi tutarını aşan kısmı.
37. Göz kapak ameliyatları (pitozis, kapak düşüklüğü gibi)
38. Hiperhidroz tedavisi
39. Asteni ile ilgili giderler
40. Varislerde laser ablasyon ve şimik terapiler, PRP ve ploroterapi giderler
41. Tümör genetiğine yönelik bakılan her türlü tetkik

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 Sağlık ve Hayat Kurum Anlaşmasının devamlılığı gereklidir.

Devlet Üniversitesi Hastaneleri, Kamu Hastaneleri ve Demir Sağlık ve 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 Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. ile ilgili sağlık kuruluşu sözleşmesinin geçerli olmaması durumunda doğrudan ödeme söz konusu olamayacaktır.

Bu poliçede tüm Kamu Hastaneleri, Kamu Üniversite Hastaneleri ve Şehir Hastaneleri anlaşmalı kurum statüsünde olup, tazminat ödemeleri anlaşmalı kurum limit ve ödeme yüzdeleri ile yapılır.

Yatarak Tedavi Teminatı:

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

Yabancı sağlık poliçesinde Anlaşmalı Kurumlarda Anlaşmasız olarak görev yapan operatör ve anestezi uzman ücretleri ise TTB/HUV Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem birimi kadar ödemektedir, hem kurumun hem doktorun anlaşmasız olduğu durumlarda ödenecek operatör ücreti ise 1 TTB/HUV Asgari Ücret Tarifesi ve % 80 teminat yüzdesi 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 Sağlık ve 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, TTB/HUV 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 küpürleri,
- 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 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 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. Türkiye Cumhuriyeti sınırları dışında teminat verilmemektedir.

8- Demir Sağlık ve Hayat SİGORTA RİSK KABUL DEĞERLENDİRMESİ

Sigortacı ilk sözleşmesini yaparken poliçeye dahil olacak kişiler için alınacak olan; sigorta ettiren ve/ veya sigortalı adayının başvuru formu beyanını (sağlık bildirimini), varsa ilettiği tıbbi 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 başvurusu reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır. Muafiyet ve/ veya ek şart uygulanması durumunda, poliçe devam ettiği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece, belirtilen muafiyet ve/ veya ek şart devam edecektir. Sigortacı'nın ilk başvuruları reddetme ya da uygun gördüğü koşullarda kabul etme hakkı saklıdır. Sigortacı aldığı kararın sebebini açıklar, fakat haklı olduğunu kanıtlama zorunluluğu yoktur.

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 sigortalanma, 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 hakları saklıdır. Sigortacı, sigorta özel şartlarında, prim tarifesinde ve poliçe teminatlarında değişiklik (SEDDK'nın 16.06.2021 tarih ve 2021/8 sayılı genelgesinde belirtilen Yabancı Sağlık Asgari Poliçe İçeriği'nden dar olmamak şartı ile) yapma haklarına sahiptir. Yapılan bu değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

10- ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Hazine Müsteşarlığı tarafından 23 Ekim 2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Özel Sağlık Sigortaları 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;

- Sigortalının Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'de ilk kez ferdi veya grup sağlık sigorta kapsamına girme yaşı 60 'ın altında ise
- En az 3 yıl süre ile Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. de aynı ferdi ürün ve plan kapsamında değişiklik yapılmaksızın kalmış ve poliçe yenileme dönemlerinde yenileme hakkını kaybetmemiş ise
- Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. deki son 3 yıl ferdi sigortalılığı döneminde ortalama sağlık harcaması tutarı/ ödenen prim oranı % 80 ve altında ise

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkının değerlendirilmesi tüm sigortalılık dönemi boyunca devam eder. Sigortalı evvelce belirtilen şartlara uymadığı için bu hakkı kazanmamış olsa dahi, sigortalılığının son 3 yılı değerlendirilerek Ömür Boyu Yenileme Garantisi ilerleyen yıllarda da verilebilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olduğu tarihten sonra sigortalıdan gelen sağlık tazminat faturaları için yapılan ödemeler nedeniyle son 3 yıl tazminat/prim dengesinin % 80 i aşması halinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı iptal edilebilir.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. tarafından Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı değerlendirilir. Demir Sağlık ve 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 Sağlık ve 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 veya daha geniş bir anlaşmalı kurum ağına sahip bir plana geçiş talebinde bulunursa Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı düşer. Yeniden değerlendirme yapılır. Teminat daraltma veya daha dar bir anlaşmalı kurum ağına sahip plan tercih edilmesi durumunda Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı korunur.

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. Poliçenin iptaline karar verilmediği takdirde Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı tekrar değerlendirilir.

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.

Tarife primleri bir önceki döneme göre maksimum %300 arttırılabilir

11- SİGORTANIN SÜRESİ VE PRİMLER

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

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

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

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.

Her sigortalı için ayrı prim alınmaktadır.

12- SİGORTAYA KABUL ve KONTROL YETKİSİ

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

Bu sigorta 0-65 yaşındaki kişileri teminat altına alır.

Sigorta kapsamına kabulde her bir kişi için ayrı ayrı sağlık bildiriminde bulunulması şarttır. Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. bu bildirimin 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.

Sigorta Ettiren/ Sigortalı adaylarının, yapacakları başvurular için Sigortacı tarafından verilecek formların eksiksiz ve doğru olarak doldurulması, şirketin sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek bütün halleri bildirmesi şarttır.

Sigortacı'nın 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.

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.

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

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

13- GEÇİŞ İŞLEMLERİ, KAZANILMIŞ HAKLAR

Yabancı Sağlık Sigortası poliçelerinde geçiş hakkı ve kazanılmış hak uygulaması yoktur.

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

Sigorta süresi içinde kanuni durumlar hariç yeni giriş işlemleri yapılmamaktadır.

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. Yıl içerisinde kişi çıkışı talepleri madde 16'da açıklanmıştır.

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

15- HASAR İNDİRİM / EK PRİMİ

Yabancı sağlık poliçesinde hasar indirim veya ekprim uygulaması yoktur.

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

Sigorta Ettiren, bu Poliçe'nin iptal edilmesini ancak yabancılar kanununda yazan gerekçeler ile iptal ettirebilir. Bunlar;

- a- İkamet izin süresini kapsayan yeni bir sağlık sigortası sözleşmesinin şirkete ibrazı
- b- İkamet iznin iptali veya ikamet izninin uzatılmaması
- c- 5510 sayılı Sosyal Sigorta ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil olduğunu gösterir belge ibrazı.
- ç. İkamet izni başvurusunun reddi veya ikamet izni başvurusundan karar öncesinde vazgeçilmesi

Sözleşmenin (ç) maddesi uyarınca sonlandırılması durumunda, tazminat ödenmemiş olması kaydı ile ödenen primler, iptal talebinin ulaştığı günü takip eden 5 iş günü içinde kesintisiz olarak iade edilir. Sözleşmenin yukarıdaki diğer maddeler uyarınca sonlandırılması durumunda ise gerekli belgelerin

ibraz edildiği günü takip eden 5 iş günü içinde sigortacılık prensipleri dahilinde, prim iadesini, İptal Tarihi'nden başlayıp Bitiş Tarihi'ne kadar olan süre esas alınarak gün esasıyla hesaplanacaktır. 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.

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.

17- SİGORTA ETTİRENİN VEYA SİGORTALININ VEFATI

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalının vefatı durumunda ise Sigortacı aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar.

Sigorta Ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren ile poliçede yer alan Sigortalı/ Sigortalıların farklı olması durumunda Sigortacı sigortalıları yazılı veya elektronik ortamda bilgilendirir. Sigortalıların Sigorta Ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde hemen başvurmaları kaydı ve Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının sigortacı'ya iletilmesi halinde Sigorta Ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilir.

Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda madde 16'da 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 16'da 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 16'da belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi Sigorta Ettirene 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, hak edilen 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.

18- 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 Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. kişinin sigortasını prim iadesi yapmadan iptal etme, ödemiş olduğu tazminatı geri isteme hakkına sahiptir.

19- SİGORTA SÜRESİNİN SONA ERMESİNDEN SONRAKİ TEDAVİLER

Sigorta süresinin sona ermesi ve başka bir sigorta şirketinde veya Demir Sağlık ve 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 poliçe bitiş tarihinden sonra maksimum 10 gün süre ile devam eder.

20- 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.

21- UYARILAR VE BİLGİLENDİRMELER

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'in Anlaşmalı ve İndirimli sağlık kurumu olarak listelediği herhangi bir kurum, kuruluş ve/ veya kişinin; Demir Sağlık ve 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 Sağlık ve 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 uygulamalar 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 Sağlık ve 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.

Sağlık sigortası başvuru formunun doldurulması ve imzalanmasını takiben police tanzimine onay vermekle, Sigortalı/sigorta ettiren sıfatı ile Şirketimizle yapılacak olan sağlık sigortası sözleşmesi kapsamında, sağlık sigortası teklifi sunulabilmesi, sağlık riski değerlendirmesi yapılabilmesi, sigorta poliçesi kapsamındaki yükümlülüklerin yerine getirilebilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla kişisel sağlık verilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve sağlık durumunuz ile ilgili bilgi ve kayıt kopyalarının Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, sağlık kurum ve kuruluşlarından, mevcut ve/veya diğer sağlık sigortası şirketlerinden, hekimlerden ve/veya ilgili mevzuat ile belirlenen tüm kamu ve özel kurum ve kuruluşlardan ve üçüncü şahıslardan edinilmesine, toplanmasına, işlenmesine, güncellenmesine, periyodik olarak kontrol edilmesine, veri tabanında tutulmasına, işlenmesine ve saklanmasına; gerektiği takdirde ilgili kamu kurum ve kuruluşlarıyla, sözleşmenin mahiyeti gereği 3. kişi ve kuruluşlarla, Türkiye'de veya yurtdışında mukim olan hizmet sağlayıcı firmalar ile paylaşılmasına ve kişisel verilerimin bunlar tarafından da tutulması, saklanması ve işlenmesine rıza vermiş durumdasınız. Kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerinizin ne kapsamda saklandığı ve hangi 3. Kurum ve kuruluşlarla paylaşıldığı konularında talep etmeniz halinde bilgilendirilme hakkınız vardır. Police ilişkisi bitmesi halinde kişisel verileriniz kanunen ön görülen saklama süreleri dahilinde sistemimizde tutulduktan sonra silinecek veya anonim hale getirilecektir.