

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

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI
2. TANIMLAR
3. SİGORTANIN TEMİNATLARI
 - 3.1. Yatarak tedavi
 - 3.2. Ayakta Tedavi
 - 3.2.1. Fizik Tedavi
 - 3.3. Doğum Teminatı
 - 3.4. Salgın Hastalık Teminatı
 - 3.5. Ambulans Teminatı
 - 3.6. Online Doktor Teminatı
 - 3.7. Diğer Teminatlar
4. BEKLEME SÜRELERİ
5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER
6. COĞRAFİ KAPSAM
7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI
8. DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA RİSK KABUL DEĞERLENDİRMESİ
9. TAZMİNAT ÖDEMELERİ
10. SİGORTANIN YENİLENMESİ VE PLAN DEĞİŞİKLİĞİ TALEPLERİ
11. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ
12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR
13. PRİM TESPİTİ
14. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ
15. PRİMLERİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN TALEBİ SONUCU İPTAL VE POLİÇEDEN ÇIKIŞ İŞLEMLERİ
16. SİGORTA ETTİRENİN VEYA SİGORTALININ VEFATI
17. KÖTÜ NİYET SONUCU İPTAL
18. SİGORTA SÜRESİNİN SONA ERMESİNDEN SONRAKİ TEDAVİLER
19. RÜCU HAKKI
20. UYARILAR, BİLGİLENDİRMELER.

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.01.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Bu özel şartlar 01.01.2026 tarihi itibarıyla tanzim edilmiş Farkı Bizden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bulunan Sigortalılar için geçerlidir.

İşbu Özel Şartlarda belirtilmeyen hususlarda 20 Ekim 2025 tarih ve 33053 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak 01 Ocak 2026 tarihinde yürürlüğe giren Özel Sağlık Sigortalıları Yönetmeliği ve Sağlık Sigortalıları Genel Şartları ve hükümleri geçerlidir.

1) SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bu sigorta, sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini sadece Demir Sağlık ve

Hayat Sigorta A.Ş. tarafından belirlenmiş kurumlarda geçerli olmak üzere poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.

Sağlık poliçeleri 1 yıllık düzenlenir. Poliçede/zeyilnamede yazılı olan poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz.

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

Sigorta poliçesinin kapsamı ancak SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerli olup, aksi durumda kişilerin poliçe kapsamına alınması söz konusu değildir. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. Farkı Bizden Sağlık Sigorta poliçesini devam ettirebilir ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden işlerlik kazanır.

Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar. Prim kredi kartı ile tahsil edilir. Peşin ve taksitli poliçelerde peşinat ödemesi havale ile yapılabilir. Müteakip (takip eden vadeler) ödemeler için havale kabul edilmez. Prim tahsilatı, peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır. Peşin ödemelerde sigorta şirketinin belirleyeceği peşin ödeme indirimi uygulanır.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. poliçenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kuruluşu SAGMER, E-Nabız ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkına sahiptir. Sigortalının poliçe satın alması ile kendi sağlık geçmişi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme hakkı Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'ye izin vermiş olur. Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. bu inceleme için kendi adına bağımsız temsilciler atayabilir.

2) TANIMLAR

Anlaşmalı Doktor: Anlaşmalı Kurum ağı içinde yer alan SGK Anlaşmalı Hastaneler, klinikler ve Tıp merkezlerinin SGK ya bildirilmiş kadrolu hekimleri

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 ve SGK katılım payı dışında ücret ödemediği, Hastaneler, tıp merkezleri, klinikler, laboratuvar ve fizik tedavi merkezleridir. Anlaşmalı Kurumlar, Sigortacı tarafından güncellenebilmekte ve/veya değiştirilebilmekte olduğundan, sigorta sözleşmesi/poliçe süresince, sigorta ettiren /sigortalı tarafından anlaşmalı kurum güncel listesine www.demirsaglik.com.tr adresinden ulaşmak suretiyle kontrol edilmelidir.

Sigortacı tarafından bir sağlık kurumunun anlaşmalı kurum olarak tayin edilmesi, bu sağlık kurumu ile her ne şekilde olursa olsun irtibatı olan tüm doktorların da kendiliğinden anlaşmalı kurumların sahip olduğu hak ve imkanlardan faydalanacağı anlamına gelmez. Sigortacının tamamıyla kendi takdirinde olmak üzere herhangi bir zamanda anlaşmalı kurumun herhangi bir doktorunu anlaşmalı kurum kapsamı dışında tutabilmek hakkı saklıdır.

Bir sağlık kurumunun ,anlaşmalı kurumlar listesinde yer alması ,hiçbir şekilde anılan sağlık kurumunun,doktorlarının,ve/veya yardımcı şahıslarının fiil ve hareketleri ile bunlar tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dahil tüm hizmetlerinin sigortacı tarafından garanti edildiği anlamına gelmez.

Anlaşmalı kurumlar, sigortacı ile olan anlaşmaları ve sigorta ettiren/sigortalılara farklı poliçelerde sağladıkları farklı avantaj ve hizmetlere göre, sigortacı tarafından 'anlaşmalı kurum güncel listesi ve

teminat tablosu'nda gruplandırılır. Buna göre seçilecek poliçe için, özel, tam ya da kısmi olarak geçerli olacak anlaşmalı sağlık kurumları bulunacaktır.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta anlaşmalı kurumlar listesinde bulunuyor olsa dahi, ilgili sağlık kuruluşunun SGK ile anlaşmasının sonlanması veya kısmi anlaşma ile bazı branşları dışarıda bırakmış olması halinde poliçe teminatları ilgili kurum/doktor için geçerli değildir.

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

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

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

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

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

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

Genel Şartlar: T.C.Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm Sigorta Şirketleri tarafından sağlık sigortalarında uyulması zorunlu olan yazılı 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 SGK anlaşmalı 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 yenilediği ilk Poliçe ile teminat altına alındığı gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl.

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

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.

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.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi: Sigortalının 60 yaşını doldurmadan ilk kez sigortalı olması ve aynı poliçe teminat yapısı ile tüm sigortalılık dönemi zarfında her hangi bir 3 senelik süre ile poliçesini devam ettirmesi ve bu sürede ödenen toplam tazminat / ödenen prim oranının % 80 altında kalması ve poliçesinin yenileme sürelerine uyması halinde hayat boyu ek bir risk analizi yapılmadan ve kullanıma bağlı ek prim uygulanmadan yenilenmesine dair takip eden Poliçe yılından itibaren Sigortacı tarafından verilen yenileme taahhüdüdür.

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

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

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

Sigorta Poliçesi: Özel sağlık sigortası sözleşmesini belgeleyen evrak

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

Sigortacı: Tescilli yapılarak işletme ruhsatı alan ve poliçe düzenleyen Sigorta Şirkettir. (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 Sigortalı olacak Kişilerin adına hareket eden ve prim ödemek dahil sözleşmeden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan gerçek veya tüzel kişilik.

Sigortalı: Sigorta ettiren tarafından sağlık sigortası başvurusunda isimleri belirtilen veya sonradan yine

Sigorta Ettiren tarafından ilave edilen ve Sigortacı tarafından resmen kabul edilip poliçe kapsamına alınan kişi ve / veya bu kişinin kanunen bakmakla yükümlü olduğu kişilerdir.

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

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

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

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 Poliçe özel ve genel şartları gereği, poliçe döneminde oluşan 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.

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

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

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

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

3) SİGORTANIN TEMİNATLARI

3.1. Yatarak Tedavi:

Yatarak Tedavi teminatı cerrahi ve dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, küçük müdahale, koroner anjiyografi giderlerinden oluşur. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır. Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- Sigortalının SGK ile anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,
- SGK ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da SGK ile anlaşmalı olması,
- SGK ile anlaşmalı olan hastane ile Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'nin sigortalının tedavi göreceği branş adına Demir Hayat Sigorta Farkı Bizden Sağlık Sigorta anlaşmasının olması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Farkı Bizden Sağlık Sigorta poliçesi

özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Farkı Bizden Sigorta Poliçesinde anlaşmalı kurumlar dışında yatarak ve ayakta yapılan girişimlere, tanı işlemlerine ve tedavilere ilişkin giderler teminat kapsamında değildir.

Yatarak tedavi giderleri poliçenin ilk yılında 6 aylık bekleme süresine tabiidir.

3.2. Ayakta Tedavi:

Ayakta tedavi; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri, fizik tedavi teminatlarından oluşur. Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- Sigortalının SGK ile anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,
- SGK ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da SGK ile anlaşmalı olması,
- SGK ile anlaşmalı olan hastane ile Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'nin sigortalının tedavi göreceği branş adına Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Farkı Bizden Sağlık Sigorta poliçesi anlaşmasının olması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Farkı Bizden Sağlık Sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Ayakta Tedavi teminatı poliçe dönemi içerisinde poliçe ve teminat yüzdesine bağlı sertifikada belirtilen adet ile sınırlıdır. Belirtilen adetler SGK medulla takip no ile sayılmaktadır.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Farkı Bizden Sigorta Poliçesinde anlaşmalı kurumlar dışında yatarak ve ayakta yapılan girişimlere, tanı işlemlerine ve tedavilere ilişkin giderler teminat kapsamında değildir.

3.2.1. Fizik Tedavi:

Fizik tedavi giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda yıllık 15 seans ile sınırlı olarak karşılanmaktadır. Anlaşmalı olmayan kurumlardan alınan fizik tedavi hizmetleri teminat kapsamında değildir.

3.3. Doğum Teminatı:

Sadece ayakta ve yatarak teminatları olan poliçelerde ek teminat olarak ek prim ödenmek kaydı ile 18 ila 48 yaş arası bayan sigortalılar için alınabilir. Doğum teminatı ancak hamilelik başlamamış ise alınabilir. Doğum teminatı ek teminat olarak alınmış ve sertifikada görünmesi şartı ile Hamilelik teminatı poliçede ilk kez alınmış olmasından itibaren 10 aylık bekleme süresine tabiidir. Hamilelik için yapılan ayakta takip işlemleri, bekleme süresinin bitişinden sonra poliçenin ayakta tedavi teminatlarından ödenir. Doğum işlemi sadece anlaşmalı kurumlarda teminat altındadır. Zorunlu küretaj, düşük tehdit veya doğum kontrol yöntemleri teminat kapsamı dışındadır.

Doğum teminatı sadece normal doğum, epidural normal doğum ve sezaryen (epidural sezaryen SGK ödeme kapsamında olmaması nedeniyle epidural uygulaması sigortalı tarafından karşılanmak kaydı ile sezaryen olarak değerlendirilerek teminat kapsamında ödenir) için geçerlidir. Bebekle ilgili diğer tüm giderler poliçe teminatları dışındadır. Doğum kontrol yöntemleri teminat kapsamında değildir.

3.4. Salgın Hastalık Teminatı

Poliçe kapsamında tüm salgın hastalıklar aşağıdaki şartlar dahilinde poliçe üzerinde görülen limitle teminat altına alınmıştır. Salgın hastalıkların teminat altına alınabilmesi için salgın hastalık ile ilgili Dünya Sağlık Örgütüncü Pandemi ilan edilmiş olması, sigortalının 70 yaşından büyük olmaması gereklidir.

3.5. Ambulans Teminatı

Sigortalının poliçe döneminde aniden rahatsızlanması ve sağlık durumunun aciliyet içermesi halinde, ambulans talebi Demir Sağlık ve Hayat Provizyon Merkezi telefonundan (0850- 252 04 04) talep edilir. Ambulans teminatı sadece kara ambulansı için geçerli olup, deniz ve hava ambulansı teminat dışıdır.

3.6. Online Doktor Teminatı

Bu teminat kapsamında, mobil cihazlarınız ile 7/24 her branşta, uzman doktorlar ile randevulara, her türlü sağlık sorununuz için sağlık danışmanlık hizmeti alabilirsiniz.

Online Doktor teminatı bir asistans teminatı olup, Sigorta Şirketi poliçe yenileme tarihinden itibaren geçerli olmak kaydı ile asistans paketleri içeriğini ve adetlerini değiştirme hakkını saklı tutar.

3.7. Diğer Teminatlar:

Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım poliçe teminat kapsamı dışındadır.

4) BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili müdahale ve yatarak tedavi giderleri, rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 6 ay süre ile kapsam dışındadır.

- 1) Omurga ve disk hastalıkları (disk hernileri, faset denervasyon, sinir blokajı vb.), karpal-tarsal tünel sendromu, dequarvin sendromu, kistik higroma, tuzak nöropatiler, tetik parmak vb. hastalıklar.
- 2) Higroma, tırnak çekilmesi ve tırnak yatağı revizyonu, trigger finger, eklem bağ ve doku rahatsızlıkları (menisküs, kıkırdak sorunları, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği eklemlerindeki bağ rahatsızlıkları, romatizmal hastalıklar gibi vb.),
- 3) Anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür-fistül, pilonidal sinüs vb.) divertiküllere bağlı rahatsızlıklar, sfinkterotomi, inflamatuvar barsak hastalıkları, her türlü fıtıklar,
- 4) Rahim, rahim ağzı, yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve ameliyatlar, bartolin kisti, endometriozis, sistorektosel, stres inkontinans operasyonları
- 5) Akut böbrek yetmezliği nedeni dışında diyaliz, böbrek ve idrar yolu ameliyatları ve taşları (ESWL), mesane rahatsızlıkları, hidrosel, prostat (TUR dâhil),
- 6) 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,
- 7) Katarakt, glokom, keratoplasti, retina cerrahisi, kornea ve göz kapak hastalıkları (akut enfeksiyonlar hariç)
- 8) Safra kesesi, safra taşları ve safra kanalları rahatsızlıkları, karaciğer hastalıkları, kist hidatik, pankreas ve dalak hastalıkları ile ilgili cerrahi girişimler (kaza sonucu hariç), yemek borusu , mide duodenum hastalıkları vb.
- 9) Demir Sağlık ve Hayat Sigorta'da ilk sigortalanma yaşı 40 ve üzerinde olan sigortalıların Kalp ve damar hastalıkları (koroner anjiyografi, by-pass, anjiyoplasti, aort disseksiyonu, anevrizmalar dahil))
- 10) 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.),
- 11) Tanı ve tedaviye yönelik invaziv girişimler (anjio, ERCP vb.), artroskopik ve laparoskopik girişimler,
- 12) Her türlü organ ve doku nakli (kaza sonucu hariç) ve bunların komplikasyonları

- 13) Her türlü tümör, lipom, verrü, nevüs vb. gibi deriye yönelik yapılan işlemler, hiperplazi, kist, polip (deri-deri altı, böbrek, vajinal v.b.)
- 14) Meme rahatsızlıkları ve ameliyatları, varis, tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları,
- 15) Multipl skleroz
- 16) Demir Sağlık ve Hayat Sigorta'da ilk sigortalanma yaşı 40 ve üzerinde olan sigortalıların radyoterapi, kemoterapi ve kanser tedavisine yönelik diğer giderler
- 17) Hamilelik ve doğumla ilgili giderler (10 ay süre ile)
- 18) GIS kanamaları
- 19) Felç
- 20) Otoimmün hastalıklar (sle, sjögren sendromu vb.)
- 21) Beyin ve beyin- periferik damar hastalıkları, varisler.

5) TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

- 1) Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikâyet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüksetmesi ve komplikasyonları,
- 2) SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı durumda meydana gelen sağlık giderleri,
- 3) SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
- 4) Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri,
- 5) İlaçlar, aşılar ,tetkikler için kullanılan kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri, yardımcı tıbbi malzemeler, koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, boyunluk, tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi ve her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderlerdir enjektör, ıtriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları; işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.
- 6) 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri,
- 7) SGK anlaşmalı kurumlarda yapılmış olsa dahi, SUT triaj kurallarına göre kırmızı alan kapsamında olan acil durumlar ve trafik kazalarına ilişkin her türlü tedavi gideri
- 8) SUT listesinde tanımlı olmayan her türlü tanı ve tedavi işlemi
- 9) Anlaşmalı kurum ağı dışında gerçekleşen her türlü sağlık harcaması
- 10) 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, hirsutizm
- 11) Tıbbi zorunluluk olsa dahi (fimosiz) yapılan sünnet. Sünnet öncesi ve sonrası komplikasyonları
- 12) Yapısal bozukluklar (septum deviasyonu, nazal valv cerrahisi, konka hipertrofisi, konka bülloza, halluks valgus, halluks varus, halluks rijitus
- 13) Her türlü omurga eğrilikleri (skolyoz, kifoz, lordoz).

- 14) 20 ile 50 yaş arasındaki sigortalıların Varikozel tanı ve tedavisine yönelik tüm giderler.
- 15) 0-3 yaş arası çocuklarda kalp, tiroid, böbrek taşı, dermoid kistler, hipospadias, inmemiş ve retraktıl testis, katarakt, kordon kisti, funiküler kistler
- 16) 7 yaş altı çocuklarda göbük ve kasık fıtığı ile hidrosel (Demir Bebek hariç), gece işemesine ait tedaviler, kalça çıkıları
- 17) Sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, vb. gibi uzun süreli bakım sağlayan kuruluşlardaki hizmet ve tedavi giderleri.
- 18) AİDS ve bağlantılı tüm hastalıklar.
- 19) Cinsel fonksiyon bozuklukları (peyroni, corpus cavernosum yaralanmaları, vaginismus,) ve bunlarla ilgili tetkik ve tedavileri ile cinsiyet değıştirme operasyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar "(sifiliz, gonore, şankroid, lenfogram veneral, granüloma inguinale hastalıkları, genital kondilomlar, HPV enfeksiyonları, genital herpes, genital ve anal bölge papillomatöz lezyonlar, genital siğiller)" ve bunlarla ilgili tetkik ve tedavi giderleri.
- 20) Düşük nedenlerinin araştırılması, kısırlık, infertilite, subfertilite, her türlü tüp bebek ve çocuk sahibi olmak amacıyla yapılan tetkik ve tedaviler (follikül takibi, serklaj, tuboplasti, histerosalpinjografi, spermogram, adhezyolizis, amh testi vb. gibi).
- 21) Genetik hastalıklar ile genetik araştırmalar ve tedaviler.
- 22) 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,
- 23) 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
- 24) Demans, alzheimer hastalığı, parkinson hastalığı ve geriatric hastalıklar ile ilgili tüm giderler
- 25) İlaç teminatı olmaması nedeniyle her türlü ilaç
- 26) 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, iştme 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.
- 27) Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler (kaza sonucu olanlar ve meme kanseri sonrası uygulanan rekonstrüktif amaçlı meme protezi hariç, meme ucu rekonstrüksiyonu ve takılan meme protezinin herhangi bir nedenle değıştirilmesi de kapsam dışıdır) ve aynı seansta estetik işleme birlikte yapılan diğer girişimler, talenjektazi, keloid, vitiligo, skar, skin tags, kimyasal blokaj, kırılma kusuru tetkik ve tedavisi, cilt hemanjiomlarına yönelik tedaviler, jinekomasti, cinsiyet değıştirme ile ilgili ameliyat ve tedaviler, refraksiyon kusurlarına yönelik müdahaleler (miyopi vb.) ile müdahale öncesi ve sonrasında kullanılan ilaçların giderleri, keratokonus, göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği, ses ve konuşma terapileri, yüzeysel varis tedavisi (skleroterapi), alerji testleri ve aşıları, bağıışıklık sistemini güçlendirmeye ilgili Sağlık Bakanlığı onayı olmayan rutin dışı aşı ve ilaçlar, akupunktur, ayurveda, hidroterapi, jakuzi, hipnoz, aromaterapi, estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar, deri kurummasını 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, obesite ve aşırı zayıflık ile ilgili tetkik ve tedaviler (ilaç, diyetisyen ve yağ kitle ölçüm testleri dahil), başka bir gerekçe ile yapıyor 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.

- 28) Poliçede bulunması ve sertifikada teminat görülmesi halinde dahi poliçenin ilk on ayı içinde hamilelik ve doğum teminatı kapsamındaki sağlık harcamaları
- 29) 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.
- 30) Poliçe geçerlilik süresinde oluşan bir kaza sonucu meydana gelmedikçe plastik cerrahi.
- 31) 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. kontrol amaçlı aşılama, kontrol testleri, kanser markerları.
- 32) Koroner BT Angio ve kanser tanısı olmaksızın PET tetkik giderleri, koroner arter kalsiyum skrolama, Robotik cerrahi ile yapılan tedaviler, balon sinoplasti giderleri, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkikler,
- 33) Sigortalı'nın Acil Hizmeti dışında yapılan kara ve hava ambulansı taşıma giderleri.
- 34) Sigortalının tazminat talebinde bulunurken yaptığı ulaşım, posta, konaklama, yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları ve Sigortalı tarafından istenilen belgelerin hazırlanması vb. giderler.
- 35) Özel hemşire giderleri, suit oda farkı.
- 36) Yurt dışı ve anlaşmasız kurumda gerçekleşen tedavi giderleri.
- 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 tedaviler ile ilgili tüm giderler ile SUT listesinde belirtilmeyen işlemler,
- 38) Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili giderler.
- 39) 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.
- 40) 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.
- 41) Sigortalı veya Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu / Doktor tarafından yapılan yanlış bilgilendirme sonucu poliçe Özel ve Genel Şartları'na, Teminatlarına aykırı düşen sağlık giderleri. Sigortalı, bu kapsamda gerek sigortalıya ve gerekse sigortalı adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu'na bir ödeme yapmış ise, sigortalıdan rücu tahsil etme hakkını saklı tutar.

- 42) Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu 04/6/2024 tarihli ve 32566 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği uyarınca sağlık kuruluşlarında(muayenehane v.b) hekimlerin sadece kendi hastalarına yönelik teşhis hizmetlerinde kullanılmak üzere ve laboratuvar tetkiki isteyen tabibin sorumluluğunda olan Basit Test Ünitesi İzin Belgesi düzenlenerek bakılan temel laboratuvar tetkikleri haricindeki işlemler ödenmemektedir.
- 43) Terör ve deprem sonucu gerçekleşen sağlık harcamalarının, 10.000 TL muafiyet düşüldükten sonra, poliçe fert primi tutarını aşan kısmı.
- 44) Göz kapak ameliyatları (pitozis, kapak düşüklüğü gibi)
- 45) Hiperhidroz tedavisi
- 46) Asteni ile ilgili giderler
- 47) Varislerde laser ablasyon ve şimik terapiler, PRP ve ploroterapi giderler
- 48) Tümör genetiğine yönelik bakılan her türlü tetkik
- 49) Böbrek ve Safra kesesi gibi organ taşları analizi giderleri.
- 50) Beyin-Damar Arteriovenöz malformasyonları
- 51) Dermoid kistler, teratomlar
- 52) D ve B12 vitamini tayin testleri
- 53) Bazal hücreli karsinom tanısı olmaksızın yapılan nevüs/ben haritalama işlemleri
- 54) Anevrizma, beyin , tiroid, omurga ve boyun damar cerrahisi haricinde nöromonitorizasyon

6) COĞRAFİ KAPSAM

Satın aldığınız poliçede yazılı teminatlar Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Farkı Bizden Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumlarında, Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Farkı Bizden Sağlık Sigortası Poliçesi özel şart ve limitleri dahilinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe teminat kapsamında değildir. KKTC yurt dışı olarak kabul edilir.

7) TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Poliçe teminat limit ve iştirak oranında geçerli olup, gerek teminat limiti gerekse iştirak oranını aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Farkı Bizden Sigorta Poliçesinde anlaşmalı kurumlar dışında yatarak ve ayakta yapılan girişimlere, tanı işlemlerine ve tedavilere ilişkin giderler teminat kapsamında değildir.

Ayrıca, poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede tedavisinin devam ettiği durumlarda, ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren teminat kapsamı dışındadır.

Poliçe yürürlükte iken teminat değişikliği yapılamaz, daha dar veya geniş kapsamlı bir teminat paketine geçilemez.

Poliçenin sadece ilk yılında geçerli olmak üzere yatarak tedavi giderlerinde 6 ay bekleme süresi uygulanır.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. iş bu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumları listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.demirhayat.com.tr adresinde yer almaktadır.

8) DEMİR HAYAT SİGORTA RİSK KABUL DEĞERLENDİRMESİ

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

9) TAZMİNAT ÖDEMELERİ

Ayakta ve yatarak tedavilerde anlaşmalı kurumlara ait fatura ödemelerinde muhatap Sigorta Şirketidir.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Farkı Bizden Sigorta Poliçesinde anlaşmalı kurumlar dışında yatarak ve ayakta yapılan girişimlere, tanı işlemlerine ve tedavilere ilişkin giderler teminat kapsamında değildir.

Halefiyet (Hakların Devri) İlkesi: Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanabilmesi için sigortalı, Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamalıdır.

Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar Sigorta Şirketi, sağlık sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında sigortalılardan almış olduğu her türlü bilgiyi (hasar, teminat detayları, kişisel bilgiler vb.) yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı, SAGMER ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumuna ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi bu bilgilerin resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmektedir.

10) SİGORTANIN YENİLENMESİ, PLAN DEĞİŞİKLİĞİ TALEPLERİ

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.

Sigortacı poliçe bitiş tarihinden 15 gün önce poliçe yenileme teklifini Sigorta ettiren'e iletir. Sigorta ettiren, poliçe bitiş tarihinden sonra 30 gün içinde yenilemeyi yapmak zorundadır. 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 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. Ömür Boyu Yenileme Garantisine ilişkin hükümler saklıdır. Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş., Ömür Boyu Yenileme Garantisi almamış olan sigortalıların poliçelerini maksimum 75 yaşına kadar yeniler.

Bekleme süreleri sadece teminatın ilk kez alındığı poliçe döneminde uygulanır.

11) 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 tercihi 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.

Bu üründe kazanılmış Ömür Boyu Yenileme Garantisi sadece bu ürün için geçerlidir. Daha geniş kapsamlı bir ürüne geçiş talebi Demir Sağlık ve Hayat Sigorta tarafından kabul edilse dahi, Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkı kaldırılır ve geçiş yapılan planın Yenileme Garantisi kazanma şartları uygulanır.

12) GEÇİŞ İŞLEMLERİ, KAZANILMIŞ HAKLAR

Kazanılmış haklarla, özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması , varsa diğer şirkette kazanılmış Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kastedilmektedir.

Diğer şirkette kazanılmış Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkının geçerli olabilmesi için Madde 10- Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nde belirtilen hak kazanma kriterlerinin aynen uygulanmış olması gereklidir. Daha erken sürede veya tazminat/ prim oranının daha yüksek olarak belirlendiği şartlarla kazanılmış Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı transfer edilmez.

Geçiş işlemlerinde sigortalıya ait sağlık bilgileri SBM üzerinden temin edilir, ancak bu bilgilerin alınmış olması sigortalının beyan yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz.

Sigortalının başka bir sigorta şirketindeki sağlık poliçesinin geçiş olarak alınması işlemlerinde, kazanılmış hakların verilebilmesi için, sigortalının bir önceki poliçesinde en az kesintisiz 12 ay sigorta kapsamında olması ve sigorta bitiş tarihini takip eden maksimum 30 gün içerisinde şirketimize başvuru formu ile başvuruda 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 Sağlık ve Hayat Sigorta'da hamilelik ve doğum teminatı ilk yıl sayılacaktır.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. kişiyi başka sigorta şirketinden geçiş alması durumunda sağlık risk kabul değerlendirmesi yapma, bazı hastalıkları teminat dışı bırakma ve/ veya şartlı kabul etme hakkına sahiptir. Bu durumda sigortalı geçiş olarak kabul edilmemiş olacaktır. Sadece bekleme süreleri kaldırılarak yeni bir poliçe tanzim edilir.

Geçiş işlemi sigorta şirketi veya Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.deki poliçelerden sadece eşdeğer teminatları içeren sağlık sigortalarında yapılabilir. Acil sağlık, hastalık sigortaları, seyahat sağlık

sigortaları, tamamlayıcı sağlık sigortaları v.b. sigortalardan bu sigortaya geçiş yapılamaz.

Sigortalı, tüm sigorta şirket(ler)ine verdiği sağlık beyanında Türk Ticaret Kanunu'nun 1435. ve 1439. ve Sağlık Sigortası 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.

13) PRİM TESPİTİ

Satışta olan ürünlerin, sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak her bir yaş ve cinsiyet için sigorta şirketi tarafından belirlenen ve sigorta şirketinin uygun gördüğü dönemlerde revize edilen prime, ürün tablo fiyatı denir.

Ürünlerimizin tablo fiyatlarını belirlerken, medikal enflasyon, ürün kar zarar durumu, genel giderler, komisyon payı, portföyün yaşlanması, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görünen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınmaktadır. Ürün tablo fiyatları gerekli görüldüğü anlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir.

Tablo fiyatını arttıran/azaltan durumlar: İkamet edilen il, ödeme planı değişiklikleri, sigortalının poliçeyi kullanma sıklığı, tablo fiyatının artmasına veya azalmasına neden olabilmektedir.

Her sigortalı için ayrı prim alınacaktır.

Kullanıma Bağlı Ek Prim/İndirim Oranları, ödenen toplam hasar tutarı / standart tarife primi olarak hesaplanır ve toplam yenileme primi üzerine uygulanır.

%0	%20 İndirim
%1 - %50	%10 İndirim
%51 - %150	Tablo Fiyatı
%151 - %200	%20 Ek Prim
%201 -	%50 Ek Prim

Hasar Ekprim uygulaması, "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" almış sigortalılar için geçerli değildir. Hasar / Prim oranına göre hak edilen bir indirim oranı var ise ilgili indirim Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış olan sigortalılar için de uygulanır.

Yenileme döneminde sigortalının primi, tablo fiyat artışı ve kişiye özel risk ve kullanım ek primleri dahil olmak üzere bir önceki dönem primine oranla en fazla üç katına kadar artabilir.

14) YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Bu sigorta SGK tarafından kapsama alınan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları ve Türkiye Cumhuriyetinde ikamet eden ve SGK kapsamındaki yabancı kimlik numarası sahibi gerçek kişiler için geçerli olacaktır. Poliçe kapsamındaki her kişi için ayrı prim hesaplanarak tahakkuk ettirilir.

Sigortacı ilk veya yenileme sözleşmesini yaparken poliçeye dahil olacak kişiler için alınacak olan; sigorta ettiren ve/ veya sigortalı adayının başvuru formu beyanını (sağlık bildirimini), varsa iletmiş tıbbi kayıtlarını, kullanmış olduğu tazminatlarını, diğer sigorta şirketleri kayıtlarını, rahatsızlık ve/ veya hastalıklarını

sağlık sigortası özel ve genel şartları çerçevesinde değerlendirir. Değerlendirme sonucunda kişiyi poliçe kapsamına alıp almama veya özel şart (muafiyet, limit, katılım payı, ek prim) uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkı mevcuttur.

Doğum sonrası hastaneden çıkışı takip eden 14 günü tamamlamış bebekler ve 61 yaşından gün almamış kişiler sigortalanabilir.

Poliçe yürürlükte iken evlilik veya doğum nedeni ile sigortalı eklenmesi yapılmaz. Bu kişiler ya poliçe yenileme döneminde poliçeye dahil edilebilir, ya da yeni poliçe tanzim edilir.

Ömür boyu yenileme garantisi olmayan sigortalıların poliçeleri 75 yaşına kadar, Ömür boyu yenileme garantisi olan kişilerin ise ömür boyu yenilenir.

Salgın hastalık teminatı sadece 0-70 yaş arası kişiler için geçerlidir.

15) PRİMLERİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN TALEBİ SONUCU İPTAL VE POLİÇEDEN ÇIKIŞ TALEPLERİ

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

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

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

Sigorta Ettiren'in iptal talebinde bulunması halinde ise, Sigortacı ilgili prim iadesini, İptal Tarihi'nden başlayıp Bitiş Tarihi'ne kadar olan süre esas alınarak gün esasıyla hesaplayacaktır. Sigorta ettirenin

iptal talebinde bulunması sırasında prim borcu var ise mevcut prim borcunu nakden ve def'aten ödemekle yükümlüdür. Poliçenin iptal edilmesi veya Sigortalı 'nın poliçe kapsamından çıkması halinde, poliçe kapsamı dışında kalan bu kişiler adına düzenlenmiş evrakların Sigortacı'ya iade edilmesi sorumluluğu Sigorta Ettiren'e aittir. Evrakların eksik olarak teslim edilmesinden doğacak kayıplar Sigorta Ettiren'e rücu edilir.

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

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

Bu Poliçe ile teminat altına alınan Sigortalı, Kanunen Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi tanımlamalarından çıkmış ise, bu durumun meydana gelmesinden sonra 30 gün içerisinde Sigorta Ettiren Sigortalının Poliçeden çıkarılmasını Sigortacıdan resmen talep etmelidir. Çıkarma işlemi ile ilgili olarak Sigortacı'nın

Sigorta Ettiren'e borçlu olacağı herhangi bir prim iadesi, çıkarma tarihinden başlayarak ilgili Poliçe'nin Bitiş Tarihi'ne kadar, gün esasıyla hesaplanacaktır.

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

16) 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 17'de belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçede, Sigorta Ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde madde 17'de belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlem yapılarak iade edilecek prim tutarı söz konusu olursa iade kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu Poliçelerde, Sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Madde 17'de belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi Sigorta Ettiren'e yapılır.

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

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

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

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

18) 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 tarihinde sona erer.

Sigortalının poliçe bitiş tarihi öncesinde onay verilmiş olsa dahi poliçe bitiş tarihinde henüz başlamamış bir tedaviye veya ayakta tedavi gider taleplerine ilişkin giderler karşılanmaz.

19) RÜCÜ 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 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 poliçe 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.