

SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1- SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta, sigortalıların poliçe süresi içinde hastalanmaları ve/veya kaza sonucu yaralanmaları halinde, tedavileri için gerekli masrafları “Türk Ticaret Kanunu” hükümleri, “Sağlık Sigortası Genel Şartları” ve işbu “Özel Şartlar” çerçevesinde poliçede yazılı limit ve oranlar dahilinde temin eder. Bir tedavinin teminat kapsamında olması için sözleşme süresi içerisinde uygulanmış olması ve tedavi ile ilgili tazminat talebinin yine sözleşme süresi içerisinde şirkete ulaştırılmış olması esastır. Ancak, poliçe süresi içerisinde başlamış ve poliçenin bitiş tarihinde devam eden bir yatarak tedavi varsa, sadece bu tedavi ile ilgili olmak kaydıyla poliçe bitim tarihinden itibaren 10 gün içinde yapılan tazminat talepleri de teminat kapsamındadır.

Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar. Prim kredi kartı ile tahsil edilir. Peşin poliçelerde ödeme havale ile yapılabilir. Prim tahsilatı, peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır.

Ray Sigorta A.Ş sigortalının yazılı onayının alınması sonrası ve / veya beyan formunda yer alan onayına istinaden gerekli gördüğü takdirde sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kuruluşu, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Sağlık Bakanlığı, SAGMER ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkına sahiptir. Sigortalı poliçe satın alması ile kendi sağlık geçmişi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme hakkı için Ray Sigorta A.Ş’ye izin vermiş olur. Ray Sigorta A.Ş bu inceleme için kendi adına bağımsız temsilciler atayabilir.

Sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi halinde, Ray Sigorta ihtiyaç görmesi durumunda sigortalının sağlık durumunun tespiti için hekim görüşünün alınmasını isteyebilir. Bahse konu işleme ilişkin masraflar Ray Sigorta tarafından karşılanmaktadır. Sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermemesi halinde ise hekim görüşüne ilişkin masraflar sigorta ettiren ve / veya sigortalı tarafından karşılanmaktadır.

Sigortalılar tarafından başvuru aşamasında beyan edilmiş beyana konu olan sağlık bilgilerinin, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAGMER) tarafından talep edilmesi halinde, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne (SAGMER) Ray Sigorta A.Ş tarafından iletilecek olup, gerektiğinde SAGMER'den bu bilgilerin temin edilmesi mümkün olacaktır.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigorta şirketlerince risk değerlendirmesi yapılabilmesini teminen sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, SBGM'den, SGK'dan ve Sağlık Bakanlığı'ndan, sigortalının yazılı onayına rağmen, bilgi ve belge temin edilememesi durumunda Sağlık Sigortaları Yönetmeliğinin 5. Maddesinin 4. Fıkrası kapsamında işlem yapılır.

2- TANIMLAR

Vaka Tanımı:

Teşhis ve tedavilerle ilgili tazminat taleplerinin vaka başına karşılandığı belirtilen hallerde “vaka”nın tanımı şöyledir:

a) Kişinin bir şikayete bağlı olarak gerçekleştirilen ön muayenesi sonucu; şikayet ile ilgili patolojilerin açığa çıkması veya doğrulanması amacı ile yapılan tüm tetkikler (Laboratuvar, görüntüleme v.b.) aynı vaka olarak değerlendirilir. Bu işlemler şunlardır:

- 1) İlk hekim muayenesi,
- 2) Laboratuvar tetkikleri,
- 3) Görüntüleme işlemleri konvansiyonel X ışını ile yapılan işlemler ile tomografi, MRI, Sintigrafi, Endoskopi, Odyografi ve benzeri ileri tetkik giderleri),
- 4) Tanı ile ilgili branş hekimlerinin konsültasyonları ve konsültanların istediği tüm tetkikler,
- 5) İlk 4 MADDE sonucu yapılması gereken tüm ayakta, hastanede yatarak ve cerrahi tedaviler

ve bunlara ilişkin oda, refakat, tıbbi malzeme, ilaç ve fizik tedavi giderleri.

b) “a” paragrafında belirtilen şikayetin analizi esnasında tesadüfi olarak ortaya çıkan komşu organ veya uzak organ/sistem patolojileri; ilk tedavi ve hastalık/sendrom bazında ilintisiz buldukları takdirde farklı vaka olarak nitelendirilirler.

c) Ayakta Tedavilerde, aynı vaka olarak tanımlanan bir belirti, bulgu, analiz ve tedavi sonrasında bu vaka ile ilgili ek tüm işlemler 20 günden sonra farklı bir vaka olarak ele alınır. Aynı vakaya ait ilk 20 gün içerisinde ortaya çıkan komplikasyonlar aynı vaka içerisinde mütalaa edilir.

Aynı vaka sürecinde ek bir etkenle (anestezi, ilaç yan tesiri, iatrojeni, stress, komplikasyon) etyoloji bakımından bağımsız yeni bir vaka ortaya çıkarsa ilk vakayı ilgilendiren tetkik ve tedaviler aynı vaka kapsamında, diğerleri farklı bir vaka olarak ele alınır.

Acil Durum:

Kapsam dışı olmayan ani bir hastalık veya yaralanma sonucunda ortaya çıkan, geciktirilmeden bir sağlık kuruluşunun Acil Servisinde, ilk 2 saat içerisinde tıbbi veya cerrahi tedavisi gereken Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

sağlık durumudur. Bu durumun tıbbi olarak acil durum olduğu yönünde haklı tıbbi görüşün olması ve hastanede yatarak veya Acil Servis'te ayaktan tedavi edilmiş olması gerekir.

Sigorta şirketi, kesin tanı konulduktan sonra, özel şart maddelerini ve ilgili teminat limit ve katılım paylarını uygulama hakkına sahiptir.

Acil durum olarak değerlendirilen bir teminata ilişkin sigorta şirketinin ödeme yapması için, sigortalının, coğrafi olarak resmi veya özel en yakın kuruluşuna ilk müracaatını yapma şartı aranır.

Özel kuruluşlardan gelecek olan bilgilerin değerlendirilmesi neticesinde sigorta şirketi, sigortalıyı kendi belirlediği tam teşekküllü bir başka hastaneye nakil hakkına sahiptir.

İşbu özel şartlarda atıfta bulunulan "Acil Durumlar" şöyledir;

Aşağıda listelenmiş durumlar haricinde ortaya çıkabilecek vakalar "Acil Durum" olarak değerlendirilmez.

Trafik kazası, akut batın, akut myokard infarktüsü (kalp krizi) ve ciddi ritim bozuklukları, akut hipertansif atak, akut solunum problemleri, hayatı tehdit eden yaralanma, düşme, uzuv kopması, elektrik çarpması, donma, yanıklar, ciddi göz yaralanmaları, suda boğulma, hayatı tehdit eden zehirlenmeler (Kimyasal madde ve Besin zehirlenmesi), ciddi alerji ve anaflaktik şok, burkulma, kemik kırıkları ve çıkıklar, şuur kaybına neden olan durumlar, ani felçler, akut şeker ve üre komaları, akut masif kanamalar, menenjit, ensefalit, renal kolik, yüksek ateş (39 derece ve üzeri), solunum ve sindirim yollarında takılması sonucu muhtemel yabancı cisim bulunması (örn: ucu açık çengelli iğne) acil durum olarak kabul edilir.

Yukarıda belirtilen hallerin acil tanımına uygunluğu, sigorta şirketinin takdir ve onayına tabidir.

Alternatif Tedavi:

Geleneksel tıp dışında Akupunktur, Çin ve Hint Tıbbı, Homeoterapi, Anti-Aging, Well Being, Ayurveda, Bitkisel Tedavi, Biyoenerji, Reiki, Hipnoz, Magnetoterapi, G Terapi, Nöral terapi, Balneoterapi, Oksiterapi vb. gibi geleneksel tıp sistemleri tarafından kabul görmeyen teknik yöntem ve disiplinlerdir.

Anlaşmalı Kuruluş:

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigortacı adına direk yapılan bir sözleşme ile Sigorta Şirketi'nden poliçe satın almış sigortalı ve bağımlılarına teminatları kapsamında almayı hakettikleri sağlık hizmetlerini limitleri dahilinde vermeyi kabul eden ve bu hizmetler karşılığı Sigortacı'dan ödeme alan hekimler, hastaneler, klinikler, tıp merkezleri, laboratuvarlar, fizik tedavi merkezleri ve eczanelerdir. Planlara göre kapsanan farklı anlaşmalı kurum ağlarına ilişkin bilgiler, poliçe ve teminat tablolarında detaylandırılmıştır. Bu kuruluşlar sigortalıya verilen Anlaşmalı Kuruluşlar Listesi'nde ve Sigorta Şirketi'nin web sitesinde liste halinde mevcuttur. Bu listede değişiklik yapma hakkı Sigorta Şirketi'nde saklıdır.

Anlaşmasız Kuruluş:

Sigortacı adına oluşturulan Anlaşmalı Kurumlar listesinde yer almayan ve alınan hizmetin karşılığını sigortalının ödediği ve gerekli belgeleri Sigorta Şirketine ulaştırdıktan sonra poliçe şartlarına göre geri ödemenin değerlendirilebileceği diğer sağlık kurumlarıdır.

Bakmakla Yükümlü Olunan Kişiler:

İşbu sigorta sözleşmesi uyarınca sigortalı kişinin kapsam altına alınmış kanunen evli olduğu eşi, 18 yaşını aşmamış veya tam gün yüksekokulda okuyan 25 yaşını aşmamış bekar çocukları, üvey çocukları ve kanuni yoldan evlat edindiği çocuklarıdır.

Başlangıç Tarihi:

Sigorta poliçesinin ilk kez veya daha sonra yenilenmesi halinde yürürlüğe girdiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00) , ay ve yıl'dır.

Bitiş Tarihi:

Bu Sigorta Sözleşmesinin bittiği gün, ay ve yıl'dır. (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00)

Bekleme Süresi:

Sigortalının başlangıç tarihi ile başlayan ve bu Sözleşme'de Bekleme Süresi'ne tabi hastalıklar/ rahatsızlıklar arasında yer alan veya Sigortacının sigortalıyı kabul aşamasında bekleme süresi uygulamayı uygun gördüğü tıbbi durumlar için teminatın geçerli olmadığı süredir.

Beyan Edilmemiş Tehlikeli Sporlar:

Sigortalanmak üzere başvurulduğunda Beyan Formuna başvuru tarihine kadar, Sigortalı adayının / sigortalının yaptığı tehlikeli aktivite ve sporları beyan etmemesidir.

Coğrafi Bölge:

Sözleşme ile teminat altına alınan sağlık giderlerinin gerçekleştiği ülkedir.

Daimi İkametgah:

Sigortalının poliçesinde belirtmiş olduğu Türkiye sınırları içerisinde bulunan ev adresidir.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Doğumsal (Konjenital) Hastalık:

Belirtileri ileri yaşta ortaya çıksa ve tanısı ileri yaşta konulsa dahi, kromozom anomalileri, genetik bozukluklar, yapısal kusurlar ile prenatal (gebelik öncesi), perinatal (gebelik sırasında) ve doğum eylemi sırasında ortaya çıkabilen fiziksel, metabolik, genetik ve kimyasal nedenlere bağlı oluşan her tür sakatlık, motor ve mental gelişim bozuklukları, metabolik ve genetik tüm hastalıklar, yapısal ve fonksiyonel anomaliler, araz ve kusurlardır.

Doktor:

Türkiye’de veya yurtdışında (Sağlık Bakanlığı’ndan uzmanlık almış) Tıp Fakültesi diplomasına sahip kanunen hasta kabul edip tedavi etmeye yetkisi olan kişidir.

Doğum:

Hamilelik, düşük, normal doğum veya sezeryanla Doğum ve / veya bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyondur.

Genel Şartlar:

T.C Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarına ilişkin uyulması gereken şartlardır.

Gereksiz Tetkik ve Tedaviler:

Sigortalının şikayetleri ile ilgisi olmaksızın yapılan tetkikler ve tedavilerdir. Gereksiz Hastane yatışları da bu kapsamda değerlendirilir. Hastane yatışının gereksizliği ikinci bir hekim/heyet tarafından verilen ikinci görüş raporu ile dokümente edilir. Uygulanan tetkik veya tedavinin bir hekim tarafından yapılmış olması tıbben gerekli olduğu anlamını taşımaz.

Hastalık:

Sigortalının bir doktor tarafından müdahaleyi veya tıbbi araştırmayı gerektirecek fiziksel veya ruhsal fonksiyonlarında bozulmadır.

Hastane:

Türkiye’de ve yurtdışında vermekte oldukları sağlık hizmetleri ile ilgili resmi olarak ruhsat almış hasta veya yaralı kişilere gerekli tıbbi hizmeti 24 saat boyunca verebilecek kamu yada özel sektöre ait sağlık kuruluşlarıdır. Bu kapsamda hastane terimi hiçbir zaman kaplıca, fizik tedavi merkezleri, huzurevi, uyuşturucu, alkolizm, zayıflama, well-being (sağlıklı yaşam) center, kozmetik amaçlı hizmet veren kuruluşlar vb.nin yerine kullanılamaz.

Hastanede Yatarak Tedavi:

Hastanede yatarak tedaviyi gerektiren, yatmadan tedavisi mümkün olmayan ve bu poliçe kapsamı dahilindeki tıbbi durumların herhangi biri nedeni ile Hastane’de yatışı gerektiren durumdur.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

İptal / Çıkış Tarihi:

Sigortalı / Sigorta ettirenin yazılı olarak talebi veya Sigortacı tarafından Genel Şartlardaki sebeplerden herhangi birinden dolayı bu sözleşmenin iptal edildiği gün,(Türkiye saati ile 00:01) ay ve yıl'dır.

İstisnalar:

Police kapsamındaki teminatlar için geçerli olan istisnalar ve sigortalı adayının başvuru formunun sigortacı tarafından yapılan değerlendirmesi neticesinde sigortalıya özel kapsam dışında tutulan teminatlar, hastalıklar veya hastalıkla illiyet bağı olan durumlardır.

Kadrolu Doktor:

Sağlık kurumunun tam ve yarı zamanlı sözleşmeli doktorları arasında yer alan, sağlık kurumu ile sigorta şirketi arasında kurulan anlaşma şartlarını kabul etmiş doktordur.

Katılım Payı (Koasürans):

Sigortalının teminatları dahilinde alma hakkına sahip olduğu sağlık hizmetleri karşılığı kendisinin ödemesi gereken orandır.

Kaza:

Sigortalının kontrolü dışında dış bir etkene bağlı olarak meydana gelen tıbbi tetkik ve muayenelerle kanıtlanabilecek bedensel yaralanma veya hastalıklara sebep olan ani olaydır.

Kazanılmış Haklar:

Sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortası poliçesine sahip olan bireylere sunulmuş haklardır. Diğer şirketlerden veya sağlık kurumlarından gelen kişisel raporlarındaki mevcut sağlık durumlarına göre tıbbi risk değerlendirmesi yapılarak kazanılmış hakların içeriği belirlenir. Buna göre hazırlanmış fiyat tanıtımının sigortalı adayı tarafından kabul edilmesi halinde, sigortalı ve sigorta şirketinin uzlaştığı konular sigortalının kazanılmış hakları olarak adlandırılır.

Kronik Hastalık:

Başlangıcından itibaren dönemsel olarak tekrarlayan veya devamlı sağlık sorunlarına sebep olan yavaş ilerlemeye eğilimli hastalıktır.

Mesleki Hastalıklar:

Sigortalının iş yerinde yaptığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir nedenle veya işin yürütüm koşulları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık ve ruhi arıza halleri meslek hastalığı olarak kabul edilir.

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Asbestozis, silikozis, silikotuberkülozis, kuş gribi vb. hastalıklar, işyerinde bulunan asbest, alüminyum, civa, kadmiyum, kurşun, kromiyum, manganez, arsenik, fosfor, berilyum, vanadium, talium, ağır metal, nikel, talaş, kimyasal maddeler, işyeri ortamında bulundurulan virüs ve benzeri biyolojik canlılar, işyerinde maruz kalınan radyasyon ve mekanik ajanların etkisi ile ortaya çıktığı rapor edilen hastalıklar ve benzeri hastalıklar mesleki hastalıklar olarak kabul edilir.

Muafiyet:

Teminat kapsamında sigorta şirketinin sorumluluğunun başlamasından önce sigortalı tarafından ödenmesi gereken miktardır.

Makul Mutad fiyat:

Belli bir sağlık işlemi için Türkiye sınırları içerisinde bulunan ve Anlaşmalı Kuruluşlar arasında yer alan ortalama fiyat anlaşmasıdır.

Plan:

Sigortacı tarafından poliçe ekinde verilen teminatlar grubunu oluşturur. Plandan sigortalının kapsam dahilinde alabileceği sağlık hizmetlerini hangi limite kadar, hangi coğrafi bölgede, hangi sağlık kuruluşundan hangi katılım payı veya muafiyet ile alacağını anlamak mümkündür. Plan poliçenin ayrılmaz ekidir.

Poliçe:

Sigortacı ve Sigortalının Sigorta Sözleşmesi'nden doğan kazanılmış hak, uygulama ve yükümlülüklerini gösteren belgedir, Sigortacı tarafından imzalanarak Sigorta Ettirene verilir.

Reçete:

Yetkili tıp doktoru veya diş hekimi tarafından yazılan üzerinde hastaya önerilen ilaçların adları, kullanım biçimi ve dozuna ilişkin bilgiler olan belgedir. Reçete üzerinde ayrıca yazan hekimin adı soyadı, diploma numarası, imzası, kimin için hangi tarihte yazdığı bilgileri mutlaka olmalıdır.

Sağlık Gideri:

Bu sözleşme kapsamında sağlık ile ilgili teminatlar dahilinde alınabilecek sağlık hizmetlerinin tümü olarak tanımlanır.

Sigorta Başlangıcından Önce Var Olan Beyan Edilmemiş Hastalıklar:

Sigortalının doğuştan gelen hastalıkları ile bu Sigorta Sözleşmesi için başvuruda bulunduğu esnada veya öncesinde varolan ve bilinen/bilinmeyen herhangi bir şikayet veya teşhisin başvuru formuna beyan edilmemiş olmasıdır.

Sigorta Şirketi / Sigortacı:

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigorta sözleşmesinin tanzim edildiği ülkede, ülkenin kanunları gereğince tescil edilip işletme ruhsatı almak kaydıyla, sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında, sigortalıya ya da tazminattan yararlanacağı belirtilmiş kişiye, rizikonun gerçekleşmesi halinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur. Bu sözleşme kapsamında Sigorta Şirketi / Sigortacı Ray Sigorta A.Ş.'dir.

Sigorta Ettiren:

Bu sözleşme kapsamında Sigorta Şirketi ile anlaşma yapan ve sigorta şirketine poliçe karşılığı prim ödeme dahil bu sözleşmeden doğan sorumlulukları üstlenen kişi veya kuruluştur.

Sigortalı:

Sigorta şirketi tarafından düzenlenen başvuru formu ile sigortalanmak üzere başvuruda bulunan veya ana poliçeye daha sonra zeyil olan Sigorta Ettiren veya bakmakla yükümlü olduğu kişi / kişiler Sigorta Şirketi tarafından kabul edilerek kapsam altına alınan kişilerdir.

Bu kişiler için Sigorta Şirketi tarafından Sözleşme düzenlenir.

Sigortalı, yılın en az ¾ ünde Türkiye sınırları içerisinde ikamet etmelidir.

Sigorta Giriş:

İlk kez sigortalanacak fert sigortalıları için sigortaya giriş yaşı en fazla 64'dür. Sigorta ettiren, sigortalı, eşi ve 18 yaşını aşmamış veya tam gün yüksek okulda okuyan 25 yaşını aşmamış bekar çocukları bağımlı olarak sigortalanır. Yeni doğan bebekler 72 saatte majör bir doğumsal anomalisi tespit edilmediği müddetçe Sigorta Ettirenin Sigorta Şirketi tarifesinde yeralan primi kabul etmesi halinde teminata dahil edilir. Yeni doğan bebekler için de başvuru ve beyan formu doldurulur.

Suni Uzun:

Uzun kaybı olan bir kişinin kaybettiği uzunla sürdürdüğü yaşamsal faaliyetlerine devam edebilmesi için ihtiyaç duyduğu, vücut dışına eklenen aparatlardır.

Tazminat:

Sözleşme kapsamında teminat altına alınan risklerin gerçekleşmesi halinde ilgili teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde Sigortacının ödeyeceği miktardır.

Özel Hasta Bilgi Formu:

Sigortalı'nın poliçenin geçerlilik süresince yapacağı ayakta tedavi (doktor muayene, laboratuvar tetkiki, ilaç ve fizik tedavi vb) harcamaları için Sigortacıdan tazminat talebinde bulunabilmesi amacı ile ilgili hekime doldurtması gereken formdur. Bu form Anlaşmalı Kuruluşlarda bulunur, Anlaşmasız Kuruluşlarda kullanılmak üzere ayrıca Sigortalı'ya da poliçe ekinde verilir.

Teminat:

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigortacının işbu Sözleşme kapsamında Sigortalı'ya olası risklere karşı istisnai durumlar, bekleme süreleri, limit, katılım protokolü ve muafiyetler hariç olmak üzere verdiği güvencedir.

Tetkik Amaçlı Yatış:

Yatış endikasyonu olmaksızın ayakta tedavi ile tespit/takip ve tedavi edilebilecek herhangi bir hastalık veya belirtinin, aynı veya farklı branş doktorları tarafından yürütülen ileri tetkik, inceleme ve tedavi işlemleri için yapılan yatışlardır.

Türk Tabipler Birliği (T.T.B) Asgari Ücret Tarifesi:

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi'nin 6023 sayılı yasasına dayanarak doktorların muayene/tedavi için almaları gereken asgari ücretleri saptama amacıyla düzenlenmiş birimler listesidir. Ücretlendirme, belirlenen birimlerin ilgili ilin tabip odalarının belirlenen ve yılda bir değişen katsayı ile çarpımına KDV eklenerek yapılır.

Yenileme:

Sigorta teminatlarının (sözleşmenin) yasal süresi sonunda sona ermesinden sonra Sigorta Ettirenin talebi üzerine otomatik olarak veya teklif verilerek sigorta sözleşmesinin aynen veya yeni Sigorta koşulları ile devam ettirilmesidir.

Yenileme Tarihi:

Daha önce yürürlükte olan Sağlık Sigortası Poliçesinin bitiş tarihi ile aynı olan Sözleşmenin başlangıç tarihidir.

Zeyilname:

Sigorta Sözleşmesinin içeriğindeki, limitlerde, sigortalı bilgilerinde değişiklikler ve yeni sigortalı kayıt edilmesi veya çıkartılması için yeni poliçe düzenlenmesidir.

3- TEMİNATLAR

A) YATARAK TEDAVİ TEMİNATI:

Yatarak tedavi, yapılan tetkik ve incelemeler sonucu, sigortalıların tedavi ve izleminin ancak hastanede ve hastane olanaklı sağlık kuruluşunda en az bir gece yatarak mümkün olduğu durumlardır. Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'nde (T.T.B.A.Ü.T.) belirtilen 150 birim ve üzerindeki müdahaleler sigortalıların gece yatmasını gerektirmese dahi bu teminat kapsamında değerlendirilir. Cerrahi müdahalenin veya yatışın gerekliliği, doktor raporu ve yatış nedenini destekleyen tetkik sonuçları ile kanıtlanmalı ve bu yatış Türkiye Cumhuriyeti

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sağlık Bakanlığı'nca ruhsat verilmiş yataklı bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmelidir. Yataklı bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmeyen ve poliçe şartlarına göre yatarak tedavi tanımına giren giderler Yatarak Tedavi Teminatından karşılanmaz. Bu teminat dahilinde yapılan teşhis amaçlı tüm işlemler ile gözlem süresince yapılan işlemler ayakta tedavi teminat ve oranları dahilinde değerlendirilir. Tetkik amaçlı yatarak tedaviler yatarak tedavi teminatı kapsamı dışındadır.

Bir poliçe yılı içerisinde kapsam dahilindeki hastalık/ hastalıkların tedavisi için Sigortalının hastanede yatış süresi toplam 180 gün ile, vaka başına 60 gün ile sınırlıdır.

Sadece yatarak tedavi planı olan sigortalılar için tetkik amaçlı yatışlar Yatarak Tedavi Teminatı kapsamı dışındadır. Yatarak tedavi kapsamında hastane yatış süresi, ömür boyu 720 gün ile sınırlıdır. Acil olmayan Yatarak Tedavilerin Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında yapılabilmesi için en az 48 saat önce Provizyon Merkezi'nden onay alınması gerekir.

Kaza zaptı ve doktor raporu ile belgelenmek kaydıyla, trafik kazası sonucu zedelenmiş dişlerin eski hallerini alması için diş hekimlerince yapılan diş ve çeneye uygulanan her türlü tıbbi ve cerrahi müdahale için oluşacak giderleriniz bu teminat kapsamında ödenir.

Ameliyat Teminatı:

Sigortalının bir ameliyat veya bir hastalığın tedavisi nedeniyle hastanede yatmasını gerektiren durumlarda ortaya çıkan ameliyat giderleri (ameliyathane içinde gerçekleşen giderleri; ameliyathane kirası, operatör doktor, asistan, anestezi doktor ücretleri ile ameliyat esnasında kullanılan sarf malzemesi, ilaç, kan, serum vb. ameliyat ile ilgili her türlü tıbbi malzeme giderleri) ile ameliyat dışındaki ilaç, pansuman, bandaj, alçı, plaster gibi malzemeler ve her türlü iğne ve serumları, kan ve kan ürünleri takılması gibi masraflar, doktor takip ve konsültasyon masrafları, hastanede yatan sigortalının hastalığının takibi ve doktorun öngördüğü tedaviyi yönlendirici tetkikleri, tahlil, röntgen masrafları bu teminattan karşılanır.

Aynı anestezi ile birden fazla ameliyat yapılır ise ve bu ameliyatlardan kapsam dışı bir durum ile ilgili olan var ise TTB Asgari Ücret Tarifesi dikkate alınarak oranlama yapılır ve yapılan oranlama sonrası tüm fatura tutarı için belirlenen oran karşılığı kadar ödeme yapılır. Anestezi ücretinin de kapsam dahilinde olan kısmı ile kapsam dahilindeki ameliyatın Doktor ücreti ödenir.

Dış Gebelik ile ilgili ameliyatlar, ameliyat öncesi yapılan ameliyata hazırlık tetkikleri (pre-op tetkikler), kanser tedavisi sonrası yapılan rekonstrüktif cerrahi işlemler (meme rekonstrüksiyonu vb.) bu teminattan karşılanır.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Ameliyatlardaki doktor ücretlendirmeleri ile ilgili olarak Türk Tabipler Birliği tarafından belirlenen ilkeler kabul edilerek ücretlendirme ve ödeme yapılır.

Aynı seansta aynı kesi ile yapılan ameliyatlarda;

- 1. ameliyat için Tarifedeki birimin % 100'ü
- 2. ameliyat için Tarifedeki birimin % 50'si
- 3. ameliyat için Tarifedeki birimin % 25'i
- 4. ve daha sonraki ameliyatlar için Tarifedeki birimin % 12,5'u baz alınarak hesaplama yapılır.

Aynı seansta aynı kesi ile yapılan ameliyatlarda;

- 1. ameliyat için Tarifedeki birimin % 100'ü
- 2. ameliyat için Tarifedeki birimin % 100'ü
- 3. ameliyat için Tarifedeki birimin % 50'si
- 4. ve daha sonraki ameliyatlar için Tarifedeki birimin % 25'i baz alınarak hesaplama yapılır.

Ameliyat yapan doktorun ameliyat sonrası talep edeceği takip ve tedavi ücretleri ödenmeyecektir.

Anestezi için, aynı seansta birden fazla yapılan operasyonlar için, cerrahi birimler toplamının ¼'ü anesteziye esas olacak birim toplamını belirler.

Küçük Müdahaleler:

Sigortalının yatmasını gerektirmeyen cerrahi ve ortopedik müdahalelere ait konsültasyon ve doktor ücreti, kan ve kan plazması dahil gerekli malzeme, oksijen verilmesi, anestezi, abse drenajı, sütür atılması, pansuman, lavman, sonda uygulaması, mide yıkanması, serum takılması, tırnak çekimi, tek veya birden fazla ben alımı, alçı ve dikiş uygulaması, kullanılması hekimce gerekli görülen (kaza ve travma sonrası) bandaj, sargı, pansuman, enjeksiyon ve benzeri giderler ile Türk Tabipler Birliği (TTB) tarife kitapçığında 149 birime kadar olan küçük müdahaleler yatış olsun olmasın bu teminat kapsamında olay başına %100 oranında ödenir. Tanısal amaçlı tüm işlemler ile gözlem süresince yapılan işlemler ayakta tedavi teminat ve katılım oranları dahilinde değerlendirilir.

Tıbbi Tedavi İçin Yatış:

Tedavinin, ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda ve DOKTOR ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla,

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak Sağlık giderleri, Tıbbi Tedavi İçin Yatış Teminatı kapsamında ödenir.

Oda-Yemek (Günlük):

Hastanede yatılan her tam gün için oda-yemek ve hemşirelik hizmetlerine ait giderler ile teşhis ve tedaviye yönelik tüm hizmetler %100 oranında günlük olarak ödenir. Standart tek kişilik oda dışında lüks oda veya suit oda gibi odalarda yatış halinde, yatak, yemek ve refakatçi giderleri için, tedavi olunan hastanenin tek kişilik oda giderleri kadar ödeme yapılır. Aradaki fark sigortalı tarafından ödenir.

Refakatçi (Günlük):

Refakatçi kalma gerekliliğinin ilgili hekim tarafından yazılması halinde Sigorta şirketinin onay verdiği hallerde, refakatçinin yatak ve yemek giderleri %100 oranında olay başına günlük ödenir.

Yardımcı Tıbbi Malzeme

Sigortalının tedavisini desteklemek amacı ile gereken yardımcı tıbbi malzemeler; koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, boyunluk, ortopedik destekleyiciler, tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi, işitme cihazı ve her türlü diğer ortopedik destekleyici giderler bu teminat kapsamındadır.

Yoğun Bakım Teminatı (Günlük):

Yoğun bakım teminatı, sigortalının tedavisinin yoğun bakım ünitesinde sürdürülmesi gereken hallerde meydana gelen yoğun bakım yatışlarını kapsar.

Yoğun bakım ünitesinde geçirilen her tam gün için yoğun bakım hizmetlerine ait giderler poliçede yazılı ödeme limiti ve oranı dahilinde günlük ödenir. Yoğun bakım teminatı bir poliçe yılı içerisinde (Yıllık yatarak tedavi limiti olan 180 gün dikkate alınarak) toplam 90 gün ile sınırlıdır.

Koroner Angiografi, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz Giderleri Teminatı:

Poliçe koşullarına göre teminat altına alınmış olması kaydı ile kanser teşhisi ile radyoterapi veya kemoterapi ile tedavisi gereken Sigortalıların her türlü yatarak veya ayakta yapılan tedavileri ve radyoterapi ve kemoterapi işlemlerinin yapılabilmesi için gerekli olan kan tetkikleri, tıbbi küçük müdahaleleri ile her türlü Diyaliz hizmetlerine ait harcamalar bu teminat kapsamında yıllık verilen toplam limite kadar ödenir. Bu işlemler yapıldıktan sonra Sigortalı'nın takibi amacı ile polikliniklerde yapılan Doktor muayene, laboratuvar tetkik ve tedavileri Ayakta Tedavi teminatı kapsamından karşılanır.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Kanser tedavileri dışında Hepatit C tedavisinde kullanılan “interferon alpha” etken maddeli ilaçlar (Roferon A ya da Intron A) ve “peginterferon alpha” etken maddeli ilaçlar (Pegasys ya da Pegintron) poliçe özel ve genel şartları dahilinde bu teminat limit ve ödeme oranı dikkate alınarak değerlendirilir.

Kemoterapi ve radyoterapi sonrasında hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan muayene ve tetkiklere ait giderler ilgili teminat limit ve ödeme oranı dahilinde değerlendirilir, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz teminatından ödenmez.

Poliçe koşullarına göre teminat altına alınmış olması kaydı ile Koroner Anjiyografi'ye ait harcamalar bu teminat kapsamında yıllık verilen toplam limite kadar ödenir.

Evde Bakım Teminatı:

Sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi halinde, sigortacının görevlendireceği ikinci bir doktor veya doktorların da onaylaması şartıyla, sigortalının hastane haricinde bir mekanda bir hemşirenin bakımı altına alınması halinde oluşan masraflarını poliçede belirtilen teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin eder.

Sigortalının Evde Hemşire Bakım Teminatı'ndan yararlanabilmesi için, trakeostomili, sık orotrakeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN / IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatöre bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları veya ağrı protokolünün uygulanıyor olması gereklidir. Ayrıca sigortalının veya sigortalıyı tedavi eden doktorun, sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir sağlık personeli eşliğinde evde sürdürmesi gerektiğini bir raporla sigortacıya bildirmesi, bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin evde bakım gerçekleşmeden önce sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

Bu tip tablolarda ödeme yapılması için, sigorta şirketi gerekli gördüğü halde ilgili bölgeye resmi yetkili tıp doktoru gönderebilir.

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

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigortalının bakımını üstlenecek tıbbi personelin sağlık eğitimi veren resmi devlet okullarından veya yurt dışındaki muadili sağlık eğitim kurumlarından mezun olmuş olması gerekmektedir.

Tedavi masraflarının ödenebilmesi için sigortalının tedavisini yürüten doktorun evde bakım gerekliliğini bildiren raporunun ibraz edilmesi ve evde bakım ile ilgili organizasyonun sigorta şirketi tarafından yapılması zorunludur.

Suni Uzuv Teminatı:

Polİçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucunda fonksiyon kaybına uğramış bir organın tedavisi suni uzuv gerektirirse, suni uzuv giderleri (suni el, kol, bacak, göz ve estetik amaç taşımayan protezler), poliçe özel ve genel şartları, poliçede yazılı ödeme limit ve oranı dahilinde vaka başına ödenir. Sair protezlerde Sigorta Şirketinin ayrıca onayı alınacaktır.

Suni uzuv teminatı sadece kullanılan aparat (malzeme) için geçerlidir. Sigorta başlangıç tarihinden önce varolan maluliyetler için kullanılacak suni uzuvlar, varolan suni uzuvların yenilenmesi ve diş protezlerine ilişkin giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Polİçe kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası sigortalıların kullanacağı meme protezlerine ait giderler de bu teminat kapsamında değerlendirilecektir.

Rehabilitasyon (Yıllık) Teminatı:

Bu teminat sadece poliçelerinde Rehabilitasyon Teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

Sigortalının, kapsam içerisindeki hastalıklar sonrası yitirdiği yaşam aktivitelerini (koltuk değnekli veya değneksiz yürüme, yeme içme, elbise giyip çıkarma, tuvalete oturma, merdiven inip çıkma) yeniden kazanabilmesi için kendisine verilen fonksiyonel eğitim (rehabilitasyon) ile ilgili tüm giderleri, tedavinin hastanede yatarak yapılması ve bu durumun Sigorta Şirketi tarafından kabul edilmesi koşuluyla, poliçede belirtilen rehabilitasyon teminatı limitleri dahilinde ödenir. Ayrıca, oda-yemek-refakatçi, doktor takibi ve v.b. diğer teminatlar yürürlüğe girmez.

Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavi Teminatı:

Bu teminat sadece poliçelerinde trafik kazası sonucu dış tedavi teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

Sigortalının trafik kazası sonucu dış tedavisi ile ilgili giderleri, T.C Sağlık Bakanlığı'na çalışma ruhsatı verilmiş hastane, klinik ve / veya özel muayenehane açmaya ehliyetli dış doktorlarınca yapılması halinde poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Trafik kazası sonucu hasar gören dişlerin her türlü tedavi giderleri (Diş ve diş

Polİçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

eti cerrahisi dahil) diğer teminatların kapsamı dışındadır. Trafik kazası sonucu meydana gelen diş rahatsızlıklarına ait tedavi giderlerinin ödenebilmesi için, sigortalının kazayı takip eden 90 gün içinde tedavisini yaptırmış olması trafik kaza raporu ve dişlerin hasar gördüğüne dair adli raporun sigorta şirketine ibraz edilmesi gerekmektedir. Trafik kazası sonucu dişlerin uğradığı hasarların giderilmesi dışındaki diş tedavilerine ait giderler, her türlü protetik tedavi, subperostal ve kemik içi implantasyon, pedodonti ve ortodonti giderleri ödenmez.

Trafik kazasına bağlı diş tedavisine ait giderlerin ödenebilmesi için doktor ücretine ait fatura veya serbest meslek makbuzu / muayenehane hekimi ise kredi kartı slibi ile hangi dişin tedavi edildiğini gösteren ağzın grafik şemasının gönderilmesi gerekmektedir. Sigorta şirketi isterse ayrıca ağzın röntgenini ve tedaviyi yapan doktorun ayrıntılı raporunu isteyebilir.

Yatış Sonrası Fizik Tedavi (Yıllık) Teminatı:

Bu teminat sadece poliçelerinde Yatış Sonrası Fizik Tedavi Teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

Yatarak tedavi teminatı tanımına giren bir ameliyatı veya yatışı takiben 2 ay içinde yapılan fizik tedavi giderleri bu teminat kapsamındadır. Tedavi masraflarının ödenebilmesi için tedaviyi yürüten doktor tarafından verilen fizik tedavi talep raporunun ibraz edilmesi zorunludur.

Yatış Sonrası Fizik Tedavi Teminatı yıllık 20 seans ile sınırlıdır.

Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri :

RAY SİGORTA A.Ş.' den sağlık sigortası alan her Sigortalı RAY SİGORTA'nın 24 saat sağlık danışma ve acil ambulans hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır.

Tıbbi Bilgi ve Danışmanlık:

Sigortalı, acil olan veya olmayan herhangi bir sağlık problemi ile karşılaştığında 365 gün 24 saat boyunca hizmet veren çağrı merkezini arar. Merkezdeki Medikal Ekip; sigortalıya en yakın doktor, uzman doktor, hastane, teşhis merkezleri, eczane ve nöbetçi eczane isimleri, adresleri ve telefon numaraları konusunda yardımcı olur. Karşılaşılan sağlık problemi konusunda alınması gereken önlemler ile ilgili tavsiyede bulunulur ancak tanı konmaz, ilaç önerilmez.

Tıbbi Nakil

Hastaneye nakil:

Sigortacı hayatını tehdit eden bedeni yaralanma ve ciddi hastalık gibi acil durumlarda kişilerin, en yakın uygun donanımlı hastaneye veya sağlık kurumuna nakli sağlanır.

Bir hastaneden diğerine nakil:

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigortalının tedavisinin gerçekleştiği hastanede uygun ekipmanın olmaması durumunda RAY SİGORTA'nın belirleyeceği bir araçla (kara ambulansı, tarifeli uçuş v.b.), bedensel zarar ve hastalığa özel daha uygun ekipmanlı bir hastaneye, gereken gözetim altında doğrudan nakli sağlanır.

Hava ambulansı kapsam dışıdır.

Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri Teminatına Ait Genel İstisnalar:

- a. Savaş, istila, yabancı düşman hareketi, çatışma (savaş ilan edilmiş olsun olmasın), iç savaş, isyan, ayaklanma, terörist-askeri-inzibati güçler, halk hareketleri,
- b. Kasıtlı olarak kendini yaralama veya Sigortalının bir suç olayının parçası olması sonucu doğan olaylar,
- c. Sigortalının her türlü araba yarışına ya da gösterilerine yarışmacı olarak iştirak ettiği sırada oluşan giderler,
- d. Sigortalının meşru müdafaa hariç bir kavga/dövüşe karışması nedeniyle oluşan giderler,
- e. Profesyonel olarak ya da resmi bir yarışma gösterisi için eğitici sıfatıyla spor yapılması nedeniyle oluşan giderler,
- f. Her hangi bir nükleer yakıttan ileri gelen iyonizasyon radyasyonları ya da radyoaktif bulaşmanın veya her hangi bir patlayıcı nükleer bileşim veya nükleer bileşenin radyoaktif, zehirleyici ve diğer tehlikeli özelliklerinden doğrudan ya da dolaylı olarak ileri gelen veya bunların yol açtığı giderler.
- g. Alkol zehirlenmesi veya ilaç/uyuşturucu zehirlenmesi (ehliyetli bir doktorun talimatı ve reçetesi doğrultusunda tedavi amacıyla alınanlar hariç) etkisi altında iken ya da bu etkiden ileri gelen tam veya kısmi iş göremezlik durumu nedeniyle oluşan giderler.
- h. İntihar ya da teşebbüsü sonucunda ölüm, yaralanma veya hastalık,
- i. Tahmini doğum tarihinden 3 ay öncesine kadar hamileliğe ya da gönüllü çocuk düşürmeye bağlı olaylar,
- j. RAY SİGORTA anlaşmalı sağlık kuruluşuna ilişkin yönlendirmeler dışında alınacak sağlık hizmetlerine ilişkin organizasyonlar.
- k. Tıbbi Nakil kapsamına uygun olmayan durumlar.

Hizmetten Yararlanmak İçin Ne Yapmanız Gerekli?

Acil bir durumda hizmet almak için İstanbul'daki RAY SİGORTA çağrı merkezini 365 gün 24 saat 444 4 729 dan arayabilirsiniz.

Acil durumlarda da aynı merkezi arayarak;

- İsminizi, poliçe numaranızı, T.C numaranızı,

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

- Bulduğunuz yeri, ulaşabileceğimiz telefon numaranızı,
- Probleminizi ve yardım talebinizi aktarmanız yeterlidir.

Başka bir hastaneye transfer talebinizde ise; bizzat kendiniz ya da adınıza ilgili kişinin;

- İsim, adres ve bulunduğunuz hastanenin telefon numarasını,
- Tedavi eden doktorun ve varsa aile doktorunun adresi ve telefon numarasını bildirmesi suretiyle en kısa sürede gereken yardım yapılacaktır.

RAY SİGORTA'nın medikal ekibi veya temsilcileri sigortalı durumunu tespit edebilmek için onun yanına serbestçe girebileceklerdir. Şayet bu yükümlülük yerine getirilemez ise ve haklı bir itiraz olması hariç, sigortalı tıbbi yardıma hak kazanamayacaktır.

Her halükarda RAY SİGORTA tedaviyi üstlenen doktor ile mutabık kalarak nakil tarih ve aracını tayin edecektir.

Hastanede yatmayı gerektiren bedeni zarar/yaralanma durumunda sigortalı veya onun adına hareket eden kişi olayın vuku tarihinden itibaren 48 saat içinde RAY SİGORTA'yı haberdar edecektir. Bu haberin verilmemesi halinde, RAY SİGORTA ortaya çıkacak masrafları sigortalıya ödememe hakkına sahiptir.

B) AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Sigortalıların hastanede yatarak tedavi görmesi dışında doktor, ilaç, görüntüleme işlemleri, laboratuvar ve fizik tedavi işlemlerine ilişkin masraflar bu teminat kapsamında değerlendirilir. Tetkik amaçlı hastaneye yatış sırasında yapılan muayene ve tanısal işlemler bu teminattan karşılanır. Ancak bu yatışlarla ilgili oda-yemek ve refakatçi masrafları ödenmez.

Doktor Muayene Teminatı:

Bu teminat sadece poliçelerinde doktor muayene teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

Sigortalının rahatsızlığı nedeni ile Anlaşmalı veya Anlaşmasız Sağlık Kuruluşu'na başvurması halinde Resmi yetkili tıp doktoru tarafından yapılan muayenesine ilişkin giderleri poliçe koşullarına göre belli katılım oranlarında limitlere kadar teminat altına alınır. Anlaşmasız Kuruluşlarda yapılan harcamalar için Sigortalı'nın doktoruna Tazminat Talep Formu'nu doldurtması ve giderlerin fatura ile belgelendirilmesi gereklidir.

Lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayeneleri teminat kapsamı dışındadır.

İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak aynı doktorun ve / veya aynı branş hekiminin 10. Güne kadar yaptığı muayenelere ilişkin giderler teminat kapsamı dışındadır.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

0-6 yaş arası çocukların rutin kontrol muayeneleri ile bayanların yılda 1 kez rutin jinekolojik doktor muayeneleri ve smear testi ilgili teminat limit ve ödeme oranı dahilinde değerlendirilir.

İlaç Teminatı:

Bu teminat sadece poliçelerinde ayakta ilaç teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

Muayeneye istinaden doktor tarafından düzenlenen reçetede yazılı Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsatlı farmasotik ürünlere ait reçete, ekli ilaç kupürü ve fiş veya fatura asılları ile belgelenmiş olmak koşulu ile reçete başına poliçede öngörülen ödeme limiti ve oranı dahilinde ödenir. Teminat beher reçete için geçerli olup birden fazla reçeteye yazdırılmak suretiyle veya vaka başına gerekli olandan fazlasının reçeteye yazılması suretiyle limit aşımı yapılamaz. Bir kerede alınabilecek maksimum ilaç dozu poliçe tarihini geçmemek şartıyla iki ayı geçemez. Reçete tarihi ve ilaç alım tarihi arasında 7 günden fazla süre olmamalıdır. Ancak sigortalının sürekli kullandığı, kronik hastalıklarına ilişkin ilaçların sigorta teminatı kapsamına girmesi halinde, bu ilaçların sürekli kullanılma neden ve gerekçesini belirten doktor raporu fotokopisi ve üzerinde sürekli kullanılacağı belirtilmiş reçete fotokopisi ile ilaç giderleri ödenebilir.

Kuduz, tetanoz, aşularının bedelleri ilaç teminat limit ve ödeme oranı dahilinde karşılanır. Sağlık Bakanlığı aşı takviminde belirtilmiş 0-6 yaş arası çocuk rutin aşıları poliçede yazılı ilaç teminatı limit ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Reçetesiz, fatura ya da kasa fişi olmayan, küpürsüz (karekodsuz) veya küpürde ismi açıkça okunmayan ilaçlara ait talepler karşılanmaz. Muayenehane faturalarında yer alan aşı ücretleri için küpür aranmaz.

Vitaminlerin ödenebilmesi için Sağlık Bakanlığı'ndan onaylı olmaları ve reçete üzerinde veya arkasında, tıbbi gerekliliğini açıklayan hekim notu bulunması şartı aranır. Bağışıklık sistemini destekleyici amaçlı kullanılması halinde kapsam dışıdır.

Eklem içerisine zerk edilen ilaçlar bu teminattan karşılanır.

Tedavi için hayati önem taşıyan, Türkiye'de muadili olmayan ve Türk Eczacılar Birliği tarafından yurt dışından ithal edilen ilaç giderleri sigortalının onay vermesi koşulu ile değerlendirilir.

Görüntüleme Hizmetleri Teminatı (Vaka Başına) :

Bu teminat sadece poliçelerinde ayakta röntgen / ileri tanı yöntemleri teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

Doktorun hastalığın teşhisi ve gerekli görüldüğü takdirde ileri tetkiki için istemde bulunduğu röntgene ve ultrasona ilişkin giderler ile tomografi, MRI, Anjiyografi, MR eşliğinde anjiyografi, Endoskopi, Sistoskopi, Kolonoskopi, Gastroskopi, Sintigrafi, USG eşliğinde

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

biopsi, Odyografi ve benzeri ileri tetkik giderleri ve bu işlemler esnasında kullanılan kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler, poliçede yazılı ödeme limiti ve oranı dahilinde vaka başına ödenir.

Laboratuvar Teminatı (Vaka Başına) :

Bu teminat sadece poliçelerinde laboratuvar teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

Resmi yetkili tıp doktorunun hastalığın teşhisi ve gerekli görüldüğü takdirde ileri tetkiki için istemde bulunduğu tahliller ile kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler poliçede yazılı ödeme limiti ve oranı dahilinde vaka başına ödenir.

Fizik Tedavi (Yıllık) :

Doktorun raporla gerekli gördüğü durumlarda ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na çalışma ruhsatı verilmiş, hastane ve fizik tedavi merkezlerinde, fizik tedavi yapmaya ehliyetli doktorlarca yapılan Fizik Tedavi Giderleri poliçede yazılı limit ve iştirak oranlarınca karşılanır. Fizik tedavi detayını gösteren rapor ve faturanın aslı zorunludur. Fizik tedavi giderleri yatarak dahi yapılmış olsa bu teminat kapsamında değerlendirilir.Yatarak yapılan fizik tedavi giderlerinde faturada bulunan fizik tedavi ücreti dışında kalan giderler (oda, refakat,yemek,doktor takip ücreti v.b.) karşılanmaz. Ayakta veya yatarak yapılan Fizik Tedavi seansları için hastalık başına maksimum teminat tablosunda belirtilen limit ve oranlar dahilinde ödeme yapılır.

Fizik tedavi giderlerinin ödenebilmesi için, tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, Tomografi, Ultrason vb) ve ayrıntılı doktor raporunun (Fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü vb) Ray Sigorta'ya iletilmesi gerekmektedir.

4- BEKLEME SÜRELERİ

Sigorta başlangıç tarihinden itibaren, poliçede belirtilmiş olan acil haller hariç tüm ayakta tedaviler 6 ay süre ile kapsam dışındadır. Yatarak tedavilerde; aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar, rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren, 9 ay süre ile kapsam dışıdır.

- Poliçenin ilk yılında ortaya çıkmış, benign (iyi huylu) her türlü tümöral kitle, polip, lipom, nodül, ben (nevüs), kist ve benzeri kitle lezyonlarının alınması,

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

- Bademcik (Tonsil) , geniz eti (Adenoid Vejetasyon), kulağa tüp takılması, sinüzit, kulak zarı cerrahisi, her türlü işitme kusuru
- Her türlü fitik (kasık fitiği, mide fitiği vb.), hemoroid, perianal abse, sfinkterotomi, pilonidal sinüs (kıl dönmesi), fistül, fissür ameliyatları,
- Kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, nefrit, mesane rahatsızlıkları, prostat hipertrofisi, prostat hastalıkları, safra kesesi ve safra yolu hastalıkları, safra kesesi, safra yolu ve üriner sistemin taşlı hastalıkları, ESWL,
- Varis, varikosel, hidrosel, myom, yumurtalık, meme hastalıkları ve rahim ameliyatları,
- Adhezyolizis, inkontinans, bartolin kisti ve absesi, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması),
- Her türlü disk hernisi (bel fitiği, boyun fitiği vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), tünel sendromları, higroma, trigger finger, omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemler,
- Katarakt, glokom, keratoplasti ve retina cerrahisi
- Tiroid hastalıkları,
- Multiple Skleroz ve SLE (Lupus), tüm romatolojik hastalıklar,
- Kist hidatik,
- Organ yetmezlikleri, trafik kazası hariç organ nakilleri,
- Divertiküllere bağlı rahatsızlık / hastalıklar, inflamatuvar barsak hastalıkları,
- Tanı ve tedaviye yönelik invaziv girişimler (anjio, ERCP vb.), artroskopik ve laparoskopik girişimler
- Fizik tedavi, rehabilitasyon ve endoskopik işlemler
- Kalp ve damar hastalıkları (koroner anjiyografi, by-pass, anjioplasti, aort disseksiyonu, anevrizmalar
- dahil),
- Beyin damarları hastalıkları, tıkanma, kanama ve benzerleri
- Radyoterapi, kemoterapi ve kanser tedavisine yönelik diğer
- Tüm kronik hastalıklar (Karaciğer hastalıkları, karaciğer biyopsisi, pankreas, dalak hastalıkları, mide ve yemek borusu, hipertansiyon, romatizmal hastalıklar, diabet, KOAH, astım, ince ve kalın barsak hastalıkları vb.)

5- TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 2. ve 3. maddesine ek olarak aşağıda yazılı haller ve Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

komplikasyonları sigorta teminatı dışındadır.

- 1.Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar), 5 yaşına kadar ortaya çıkan kasık fitıkları, 3 yaşına kadar oluşan lakrimal kanal tıkanıklığı, varlığından haberdar olunsun ya da olunmasın, oluşumunda konjenital (doğumsal), yapısal veya genetik kusurların etkili olduğu hastalıklara ait tüm giderler (ör. AVM, Aksesuar İleti yolu/WPW sendromu, ASD, vb.), prematüriteye ait giderler (kuvöz bakımı vs.) , yenidoğan metabolik tarama testleri, motor ve mental gelişim bozukluğu (büyüme ve gelişme geriliği/ileriliği, erken puberte, geç puberte vb) ile ilgili rutin veya spesifik her türlü tetkik ve tedavi gideri (Örn: genetik testler, her tür karyotip araştırması, hemoglobın elektroforezi, fenilketonüri testleri, 7 yaşına kadar olan tiroid testleri, yenidoğan işitme testleri, el-bilek grafileri, inmemiş ve retraktıl testis, polikistik böbrek, veziko üreteral reflü-VUR vb.) Tümör genetiğine yönelik bakılan her türlü tetkik,
- 2.Sigortalı olunmadan önce varolan rahatsızlık ve hastalıklarla ilgili her türlü giderler ile bu hastalıkların periyodik devamlılık ve nükslerinden kaynaklanan giderler, sigortalılık öncesi dönemde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüks ve komplikasyonları.
- 3.Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,
- 4.Alerjik hastalıklara yönelik aşı tedavileri, deri prick testleri(immünoterapi),
- 5.Resmen ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklar (kolera, sıtma vb.), AIDS ve AIDS'e bağlı hastalıklar ile ilgili olan her türlü test, tahlil masrafları ve gerekli tedaviler ile, HIV virüsünün neden olacağı tüm hastalıklar,
- 6.Travma ve yanık hariç her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme,yağ aldırma, meme küçültme vb.), jinekomasti, polipe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar, estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar,
- 7.Kuduz, tetanoz, Sağlık Bakanlığı aşı takviminde belirtilmiş 0-6 yaş çocuk rutin aşılar ve bu aşılar dışında kalan tüm aşılar,
- 8.İnfertilite ilgili tüm tetkik ve tedaviler (fölikül takibi, histerosalpingografi, spermioqram, adhezyolizis , suni döllenne, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.), kalıcı doğum kontrol ameliyatları (tüp ligasyonu, vasektomi), tıbbi endikasyonu olmayan her türlü kürtaj , doğum kontrol yöntemleri ve bunlarla ilgili ilaç ve araçlar (spiral (aletin

Polipe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

kendisi, takılması, çıkarılması), doğum kontrol hapları, tüplerin bağlanması, enjeksiyonlar, deri altı implantlar, kondom spermid kimyasallar vb) , tedavi amaçlı olsa dahi doğum kontrolü ile ilgili araç, malzeme, tedavi amaçlı olanlar hariç olmak üzere sünnet (fimozis, balanit vb. tıbbi gerekliliğe bağlı durumlar hariç

9.Ameliyat nedenine bakılmaksızın nasal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (Raporla belgelenen trafik kazası halleri hariç septum deviasyonu (SMR), her tür konka cerrahisi, nazal valv operasyonları) ile horlama nedenli yapılan tüm ameliyat ve girişimler(CPAP titrasyonu ve uyku odası dahil)Uyku apnesi nedeni ile yapılacak her türlü cerrahi girişim, uvula elongasyonu, sarkık damak ve benzeri rahatsızlıklar.

10.Mesleki hastalıklar (asbestozis, pnömokonyosis, cıva zehirlenmesi, silikozis vb.) ve mesleki sebepten kaynaklanan yaralanmalar,

11.Cilt bakımı, cilt lekeleri, çatlaklar ile ilgili giderler, her türlü şampuan ve saç losyonları, kozmetik sabun ve kremler, saç dökülmesine yönelik her tür ilaç, solüsyon ve şampuan, enjektör, itriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar, termometre, termofor, sargı bezi, steril eldiven, ilaçlı cilt sabunları, ilaçlı diş macunları, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.,

12.Psikososyal nedenlerle kullanılan meme ve penil protez vb. giderleri, ,

13.Omurga şekil bozuklukları ile ilgili giderler,

14.Gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları,

15.Kaza sonucu organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ve organ/dokuya ait transfer giderleri

16.Tüm alternatif tedaviler (akupunktur, mesoterapi, magnetoterapi, oksiterapi, CO2, nöral terapi, PRP (Platelet Rich Plasma), şiroprakti, anti aging, reiki, ayurveda vb.) , deneysel ve araştırma niteliğindeki, etkinliği kanıtlanmamış tıbbi girişim, uygulama ve tedaviler (her türlü gıda intolerans testi, imo pro 300, vega test, york vb)

17.Telefon, televizyon, kafeterya, özel hemşire giderleri, idari hizmet ve paramedikal servis ücretleri gibi tedavi için gerekli olmayan sair masraflar, yurtdışında veya yurtiçinde ikamet edilen yerler ve dışındaki illerde yapılan tedaviler için otel ve ulaşım giderleri, çocuk bakım ücretleri, çocuk mamaları, çocuk bezleri, biberon ve emzikler vb.,

18.Kilo kontrol bozuklukları, diyet uzmanları, jimnastik salonları, zayıflama, ayak sağlığı

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

merkezleri, estetik ve alternatif tıp merkezleri ile lazer merkezleri vb. ilgili giderler ile bu merkezlerden alınan her tür muayene (dermatoloji uzmanı da dahil olmak üzere) , tetkik ve tedavi faturaları, rehabilitasyon tedavi merkezlerindeki tedavi giderleri, kaplıca merkezlerindeki tedavi giderleri (fizik tedavi dahil) , masaj masrafları, çamur banyoları masrafları, obesite tedavisi (xenical, reductil vb. ilaçlar), diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç ve malzemeler ile asteni tedavisi, tedavi amaçlı olsa dahi botox ve ozon uygulamaları, hiperhidroz (terleme tedavileri),PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy – Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi) , well-being merkezleri, anti-aging uygulamaları için yapılan her tür tetkik, takip, girişim ve ilaç bedelleri (Homosistein, DHEA, GH, yağ ve kas ölçüm bedelleri vb.), kozmetik amaçlı hizmet veren kuruluşlar ve kozmetik amaçlı her türlü tedavi

19.Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkol zehirlenmesi, alkollü araç kullanımı, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar, eroin, mortin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde olabilecek her türlü sağlık giderleri,

20.Nikotin, alkol ve benzeri bağımlılık yapan maddelerden arındırma amaçlı her tür tedavi, cihaz ve ilaç (nikotin flasterleri, nikotin içeren çiğneme tabletleri, antabus, zyban vb.) giderleri,

21.Tehlikeli sporların yapılması sırasında meydana gelecek sakatlanma ve yaralanmalar (amatör havacılık, delta kanat, kayak, planör, paraşütçülük, parasailing, yamaç paraşütü, bungee jumping, dağcılık, tüplü dalış, binicilik, vb.) yıllık 1.500.TL limit ile sınırlı olarak ilgili teminat limit ve ödeme oranı dahilinde karşılanmaktadır. Spor müsabakaları ve yarışlar (her tür spor karşılaşması, otomobil, motosiklet yarışları vb.) sırasında meydana gelebilecek her tür sağlık giderleri, kullanım türüne bakılmaksızın motosiklet kullanımı ve kazalarından doğabilecek tüm sağlık giderleri kapsam dışıdır.

22.Lisanslı sporcu olarak profesyonel veya amatör her türlü müsabakaya ve / veya antrenmana katılım sırasında meydana gelebilecek hastalık ve sakatlıklar,

23.Sigortalının lisanslı bir ticari hava taşımacısı tarafından işletilen bir uçakta yolcu olma dışında, havacılık faaliyetlerinde ya da uçuşta yer alması süresince meydana gelen yaralanmalar,

24.Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü ruh ve sinir hastalıkları, geriatric hastalıklar, psikosomatik hastalıklar, psikoterapi gerektiren durumlar ve 13ruh ve sinir hastalıklarına ait muayene, tedavi ve ilaç harcamaları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları, Parkinson, Alzheimer,

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

- 25.Cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler (penil doppler, penil-protez, impotans vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri, sifiliz, gonore, genital herpes, kondiloma accuminata, genital siğiller, genital molluscum contagiosum, genital ve anal papillomatöz lezyonlar vb. veneryal hastalıklara ait her tür tarama testi,tanı, tetkik ve tedavi gideri (VDRL ,TPA vb.)
- 26.Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık ve görme tembelliği ile ilgili giderler, konuşma ve ses terapisi, Göz kapak ameliyatları (pitozis, kapak düşükklüğü gibi)
- 27.Acil durumlar tanımı dışındaki vakalar için çağrılan ve Sigorta şirketi bilgisi dışındaki kara ambulansı giderleri, hava ambulansı giderleri,
- 28.İlgili teminatın alınmaması halinde diş rahatsızlıkları ile ilgili tüm tedavi giderleri (muayene, ilaç, röntgen, diş ve diş eti ameliyatları, her türlü ortodonti ameliyatları), diş hekimleri ve çene cerrahlarının yaptığı her tür tetkik, tedavi ve bu hekimlerce yazılan tüm reçeteler ile bu tedavi ve girişimlerin her türlü komplikasyonları,
- 29.Poliçe ekinde bulunan sertifikada yazılı kişiye özel kapsam dışı hastalık ve rahatsızlıklara ilişkin tüm sağlık giderleri ile, poliçe ve/veya ekindeki sertifikada belirtilmeyen teminatlara ilişkin sağlık giderleri,
- 30.Belli bir semptom veya hastalığa bağlı olmayan inceleme ve tedaviler (tarama testleri, aşılama kontrol testleri, viral markerlar, Ca markerları, portör tetkikleri vb), check-up giderleri (Ray Sigorta tarafından check-up teminatının verilmiş olması halinde, belirlenen içerik ve belirlenen kurumlarda geçerli olan check-up panelleri hariç olmak üzere) ve yıllık kontrol mamografileri, smear ve PSA testleri vb. (40 yaş ve üstü bayanlar için kontrol mamografisi giderleri ile 40 yaş ve üstü erkekler için PSA tetkikleri hariç olmak üzere) rutin taramalar, diyetisyen ücretleri, diyetisyen talepli tetkikler ve koruyucu tıbbi hizmetler,
- 31.Vücudun günlük ihtiyacını sağlamak ve/veya genel sağlığı korumak ve desteklemek amacı ile kullanılan, ilaç niteliğinde olmayan destekleyici ürünler, bitkisel ilaçlar, gıda takviyeleri ile Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ithal ilaçlar, Tarım Bakanlığı ruhsatı ile satılan ilaçlar, Food and Drug Administration (FDA) onayı almamış tüm ilaç niteliğindeki maddeler, (pharmaton, umca, immuneks, sinüs rince, lid care, seven seans, minadex, vitagil, osteo bi flex, esberitox, balık yağları vb.),
- 32.Varislere yönelik lazer tedavileri, yüzeysel varislere yönelik her tür girişim ve tedavi (Skleroterapi, lazer, radyo frekans vb.),
- 33.Doktorlardan ve sağlık kurumlarından kaynaklanan hatalı tedavi ve ameliyat neticesi ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle oluşan giderler,

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

- 34.Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, PET tetkik giderleri, Koroner VCT Anjiyo ve Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'nde EBT(Elektron Beam Tomografi) konu başlığı altında geçen tüm tetkikler, sanal anjiyo ve sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
- 35.Tıbbi malzeme ve yardımcı tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne ad ve isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli (robotik cerrahi kullanım-kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler,
- 36.Robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm giderler,
37. Halluks valgus,halluks varus, halluk rijitus tedavi giderleri.
38. Epilepsi ile ilgili her türlü tetkik ve tedavi giderleri
- 39.Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
- 40.Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalarla ilgili giderler,
- 41.Sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlardan alınan sağlık hizmeti giderleri ve doktor lisansına sahip olsa dahi aile bireyleri tarafından yapılan tedavi giderleri,
- 42.Sebeplere ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejunum-ileostomi, barsak kısaltılması vb.) ,
- 43.İş yeri hekimlerinin, çalışanların eş ve/veya çocukları için yazmış oldukları ilaç ve/veya tetkiklere ait giderler,
- 44.Karayolları Trafik Kanunu hükümlerinde bahsi geçen, gerekli sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları,
- 45.Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'nde yer almayan her türlü işlem, girişim ve tedavi yöntemi,
- 46.5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 98/2 maddesi gereğince, sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları ödenmez.
- 47.Türk Ticaret Kanunu'nun 1513. Maddenin 1. fıkrasında yer alan c ve d maddelerince ödenmesi gereken "sigortalının, hastalık sonucu alışmamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası" ve "sigortalının, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya kararlaştırılan gündelik bakım parası" poliçe kapsamında karşılanmamaktadır.
- 48.Anlaşmalı kurumlara ait faturalarda Ray Sigorta A.Ş anlaşma fiyatları üzerindeki işlem

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

fiyatları,

49.Poliçenin teminat tablosunda belirtilmeyen haller.

50. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi vb. nedenlerle alınan sağlık kurulu raporu için yapılan giderler,

51.Normal oda dışındaki odalarda kalınması durumunda, suit ve lüks oda farkı

6- COĞRAFI KAPSAM

İşbu Sigorta Sözleşmesi kapsamındaki teminatlar T.C sınırları içerisinde geçerlidir.

7- TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları Uygulamaları

Poliçe teminatları anlaşmalı kurumlarda poliçede belirtilen limit ve iştirak oranlarınca kullanılmaktadır.

Anlaşmalı Kurum Listesinde yer alan bir sağlık kurumuna başvurulması halinde sigortalı tanıtım kartı ve resmi kimlik belgesinin ibrazı ile poliçe Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Ray Sigorta Özel Şartları, teminat limitleri ve iştirak oranları dahilinde sağlık hizmeti alınabilir. Sigortalılar poliçe teminat limiti ve kapsamı dışındaki giderler ile iştirak oranı ve teminat limitini aşan giderleri karşılamakla yükümlüdürler.

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında yapılacak yatarak tedavilerde, tedavinin ilgili sağlık kuruluşu kadrosunda bulunmayan veya kuruluşla dışarıdan anlaşması olan doktorlar tarafından yapılması durumunda, doktor ücreti anlaşmalı sağlık kuruluşu ile anlaşmalı olunan tutar kadar karşılanacaktır.

Tüm devlet hastaneleri ve tıp fakültelerinin araştırma hastaneleri anlaşmalı sağlık kuruluşu olarak kabul edilir. Bu kurumlara ait fatura dışındaki sayman mutemetliklerine ait makbuzlar ve kredi kartı alındıları fatura olarak değerlendirilir.

Sigortalılara poliçeleri ile birlikte verilen Anlaşmalı Kurum Listesi zaman zaman sağlık kurumu sözleşmelerinin sona ermesi veya yeni sözleşmeler yapılması nedeniyle değişikliğe uğrayabilir. RAY SİGORTA A.Ş.' nin bu listede değişiklik yapma hakkı saklıdır. Sigortalılar, güncel bilgilere www.raysigorta.com.tr adresinden de takip edebilirler.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sağlık kurumlarının RAY SİGORTA A.Ş. ile anlaşmalarının sona ermesi halinde RAY SİGORTA A.Ş. tarafından sağlık kurumuna doğrudan herhangi bir ödeme yapılmamaktadır.

Anlaşmasız Sağlık Kuruluşları Uygulamaları

Yatarak tedavi teminatlarının anlaşmasız sağlık kuruluşlarında kullanılması halinde, yapılan tedavi/ameliyat için T.T.B.A.Ü.T geçen hizmetler T.T.B.A.Ü.T katsayısı çerçevesinde ve diğer giderler emsal hastanelerde oluşacak ortalama bedelden yüksek olamaz.

Ayakta tedavi teminatlarının anlaşmasız sağlık kuruluşlarında kullanılması halinde, sigortalının tazminat talebine ilişkin belgeleri ibrazı ve yapılan inceleme sonrası poliçede yazılı limit, ödeme oranı ve T.T.B.A.Ü.T katsayısı çerçevesinde tazmin edilir.

Yatarak tedavi teminatlarının anlaşmasız sağlık kuruluşlarında kullanılması halinde, sigortalının tazminat talebine ilişkin belgeleri ibrazı ve yapılan inceleme sonrası yapılan tedavi/ameliyat için T.T.B.A.Ü.T geçen hizmetler Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlı olacak şekilde ve diğer giderler emsal hastanelerde oluşacak ortalama bedel dahilinde karşılanır.

Ayakta tedavi teminatlarının anlaşmasız sağlık kuruluşlarında kullanılması halinde, sigortalının tazminat talebine ilişkin belgeleri ibrazı ve yapılan inceleme sonrası Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlı olacak şekilde poliçede yazılı limit, ödeme oranı çerçevesinde tazmin edilir.

8- TAZMİNAT ÖDEMESİ

Tazminat Talebi Ve Ödeme İşlemleri

Tazminat ödemeleri, sigortalının bildirdiği banka hesabına 1 hafta içerisinde, havale/EFT şeklinde yapılır. Kredi kartlarına tazminat ödemesi yapılmamaktadır.

Ayakta ve yatarak tedavilerde anlaşmalı kurum ve staff hekimlerine ait fatura ödemelerinde muhatap Sigorta Şirketidir. Ancak, iştirak veya teminat limit aşımı söz konusu ise, sigortalı katılım payı oranında ve limit aşımı halinde ödemeye katılır.

Sigorta Şirketi, yapılan masraflara ilişkin olarak ek bilgi isteme hakkına sahip olup, gerekli yerlerden tazminat dosyasındaki bilgileri araştırmaya yetkilidir.

Her sağlık harcamasında Tazminat Talep Formunun ilgili doktor tarafından doldurularak ekinde faturalar ve diğer ilgili belgelerin asılları ile SİGORTA ŞİRKETİ' ne gönderilmesi Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

gerekmektedir. Bir hasarla ilgili tüm belgeler birlikte gönderilmeli ve her türlü tetkik, tahlil, röntgen, ilaç vb. harcamaların doktor talebine istinaden yapıldığı belgelenmelidir. Hasar evraklarının Sigorta Şirketi'ne hasarın gerçekleştiği tarihten itibaren en geç 60 gün içerisinde iletilmesi gerekmektedir.

Sigortacı gerekli gördüğü durumlarda Sigortalı'nın tedavi ve tetkikine ilişkin geçmiş veya mevcut tıbbi dosyalarını araştırma hakkına sahiptir. Ayrıca ihtiyaç duyulursa Sigortalı'nın başka bir hekim tarafından muayene ve tetkik edilmesini isteyebilir (İkinci Görüş alabilir) veya organize edebilir.

Sigortalı, trafik kazaları ve her türlü adli olayda adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı, savcılık kararı vb.) tazminat talebi ile birlikte sunmakla yükümlüdür.

Halefiyet (Hakların Devri) İlkesi

Police kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği Ray Sigorta A.Ş ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanılabilmesi için sigortalı, Ray Sigorta A.Ş.' ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür.

Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar

Sigorta Şirketi, sağlık sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında sigortalılardan almış olduğu her türlü bilgiyi (hasar (tazminat), 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.

TAZMİNAT TALEBİNDE SİGORTA ŞİRKETİ TARAFINDAN İSTENEN BELGELER

Herhangi bir sağlık problemi halinde, ilgili masrafların limitleri dahilinde Şirketimiz tarafından tazmin edilebilmesi için "ÖZEL HASTA BİLGİ FORMU" ekinde ibrazı gereken belgeler aşağıdadır.

YATARAK TEDAVİ GİDERLERİ İÇİN

- Sigortalının Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş özel veya resmi bir sağlık kuruluşunda yattığını belgeleyen ve yatış sebebiyle yapılan tedaviyi gösteren tıbbi rapor ve çıkış epikrizi,

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

- Sağlık giderine ait resmi dökümlü fatura aslı,
- Kaza halinde Trafik Kazası Tespit Tutanağı ve alkol raporu,
- Tedavi süresince yapılan tetkiklerin sonuçları,

Sigortalının tedavisinin cerrahi müdahaleyi (ameliyat) gerektirdiği hallerde ayrıca,

- Tedavinin söz konusu müdahaleyi gerektirdiğini kanıtlayan doktor raporu ve çıkış epikrizi,
- Teknik ameliyat raporu,
- Operatör ücreti dahil tüm ameliyat masraflarına ilişkin dökümlü fatura aslı,
- Patoloji raporu.

Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz giderleri

- Masrafları belgeleyen dökümlü fatura asılları.
- Tedavi süresince yapılan tetkiklerin sonuçları,
- Sigortalının doktoru tarafından düzenlenmiş, hastalığın başlangıç ve seyrinin özetlendiği, yapılan kür sayısını gösteren rapor.

AYAKTA TEDAVİ GİDERLERİ İÇİN

Doktor Muayene Giderleri

- Hastane / kliniğin isme yazılı resmi faturası veya muayene eden doktorun adı, soyadı ve branşı ile bağlı bulunduğu vergi dairesi ve hesap numarasını gösteren resmi serbest meslek makbuzu
- Muayenehane hekimlerine ilişkin yapılan başvurularda kredi kartı sliplerinin fatura yerine geçmesi halinde kredi kartı slibinin iletilmesi gerekmektedir.

İlaç Giderleri

- Kullanılan ilaçları belgeleyen isme yazılmış doktor reçetesi,
- Reçete arkasına isimleri gözükecek şekilde iliştirilecek olan ilaç küpürleri
- Sağlık giderini belgeleyen kasa fişi / isme yazılı fatura,

Tahlil ve Röntgen Giderleri

- Tahlil ve / veya röntgen sonuçları ,
- Tahlil ve / veya röntgenlere ait isme yazılı fatura aslı,
- Doktorun yazdığı gerekçeli istem belgesi.

Küçük Müdahaleler

- Tedavinin gerekli olduğunu gösteren doktor raporu,
- Sağlık giderini belgeleyen isme yazılı fatura aslı,
- Parça/ biopsi alındıysa patoloji sonucu.

Trafik Kazası sonucu Diş Tedavisi Giderleri

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

- Tedavinin hastane , klinik ve / veya özel muayenehane açmaya ehliyetli diş doktorlarınca yapıldığını belgeleyen dökümlü fatura aslı,
- Doktor tarafından yapılan tedavinin ayrıntılı olarak belirtildiği ameliyat raporu, diş krokisi , tedavinin öncesi ve sonrasına ait panoramik röntgeni,
- Kazanın oluş şeklini, nedenini belirten yetkili makamlardan alınan kaza raporu ve / veya alkol raporunun gönderilmesi gerekmektedir.

Fizik Tedavi Giderleri

- Tedavinin gerekli olduğunu gösteren ve seans sayısının belirtildiği doktor raporu,
- Sağlık giderini belgeleyen dökümlü isme yazılı fatura aslı.

Modern Tanı Yöntemleri

- Yapılan tetkiklerin ayrıntılı raporu,
- Sağlık giderini belgeleyen dökümlü isme yazılı fatura aslı,
- Doktorun yazdığı gerekçeli istem belgesi.

9- SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE SÖZLEŞMEDE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ

Sözleşmenin Yenilenmesi

Sigortacı, ürün özel şartlarında, teminat içeriğinde, teminat dışı kalan haller listesinde, teminat limitleri ve poliçe primlerinde değişiklik yapabilir. Yapılan değişiklikler, her bir sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur. Vadesi dolan sağlık sigortası poliçesi 30 gün içinde yenilenmelidir. Poliçenin 30 gün içinde yenilenmemesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran yeni bir müşteri olarak kabul edilir.

Sigortacı ilk beş poliçe yılı boyunca her yenileme döneminde Sigorta Ettiren / Sigortalı'ya risk ve tazminat / prim oranı değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme sonucunda Sigorta Ettiren / Sigortalı standart olarak kabul edilebileceği gibi, beyan edilen veya poliçe yılı içerisinde ortaya çıkan hastalık / rahatsızlıklar için ek prim, istisna, bekleme süresi, üst limit veya katılım protokolü uygulanarak da kabul edilebilir.

Sigortalılar için bir önceki sigorta yılı içerisinde teşhisi konan, ancak tedavisi mümkün olmayan ve/veya tekrarlama ihtimali yüksek ve/veya kronik hastalıklarda ve sigortanın kullanım sıklığına bağlı olarak, yeni yıl primlerine tazminat/prim oranından bağımsız olarak ek prim konabilir, üst limit, katılım protokolü uygulanabilir ve/veya o hastalıkla ilgili tedaviler Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

istisna kabul edilebilir. Konulacak olan ek prim tutarı, bir önceki yılın toplam poliçe bedelini aşmayacaktır.

Sigortalıya ait özel istisnalar, poliçe yenilendiğinde Sigorta Şirketince hükümsüzlüğüne karar verilmedikçe yenilenen poliçelerde de aynı şekilde devam eder.

Bireysel yenileme poliçelerin tanziminde Sağlık Başvuru / Beyan Formunun doldurulması talep edilmez. Yenileme aşamasında yenileme formunun doldurulması talep edilmektedir.

Sigorta şirketi poliçe açılırken veya poliçe süresi içerisinde sigortalıya ait sağlık bilgilerini (poliçe öncesine ait olsa dahi) özel veya resmi sağlık kurumlarından, özel sigorta şirketlerinden veya Sigorta Bilgi Merkezi'nden isteme hakkına sahiptir.

Beyan Yükümlülüğü

Poliçe tanzimi sırasında sigortacı, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri sigorta ettiren/sigortalının Sağlık Başvuru / Beyan Formunda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. Sigorta ettiren ve/veya sigortalı Sağlık Başvuru / Beyan Formunda kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür.

Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca tanınan hak ve imkânlarla ilave olarak, sigorta ettiren ve/veya sigortalının Sağlık Başvuru / Beyan Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut rahatsızlık/hastalıklarının olması veya poliçe teminatlarının sigortalı tarafından yarar sağlamak amacı ile kötü niyetle kullanılması halinde, Türk Ticaret Kanunu'nun 1435 ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6. Maddesi uyarınca poliçe sigortacı tarafından feshedilebilir veya bu rahatsızlık, hastalıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya ek prim alınarak poliçe devam ettirilebilir.

Sigorta Teminat ve Priminde Değişiklik

Poliçe özel şartlarında, bekleme sürelerinde, teminat dışı kalan hallerde, teminatlarında, teminat limitlerinde ve primlerinde Sigorta Şirketi tarafından değişiklik yapılabilir. Bu değişiklikler her bir Sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Bu sağlık sigortası özel şartları dahilinde mr Boyu Yenileme Garantisi verilmemektedir.

10- PRİM TESPİTİ

10.1- Primin Tespitine İlişkin Kriterler

Satışta olan ürünlerin primleri, sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak her bir yaşı ve cinsiyet için %25 peşin + 5 eşit taksit ödeme planı ve iline göre sigorta şirketi tarafından belirlenen ve sigorta şirketinin uygun gördüğü dönemlerde revize edilen prim bedelleridir.

Ürünlerimizin fiyatlarını belirlerken, medikal enflasyon (Türk Tabipler Birliği Asgari cret Tarifesi'ne bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırma değişimi), özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç fiyatlarındaki değişim, ameliyatlarda kullanılan sarf malzeme fiyat artışı, teknolojiadaki yeni gelişmelere bağlı olarak karşımıza çıkan yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri) , ürün kar / zarar durumu, genel giderler, komisyon payı, portföyün yaşlanması, cinsiyet ve yaşı bağlı olarak görünen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınmaktadır. rn fiyatları gerekli görüldüğü durumlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir.

10.2- Prime İlişkin Düzenlemeler

Kişilerin primleri, tablo fiyatı üzerinden yapılan indirim ve ek primler ile belirlenir.

İlk defa sigortalananak kişilerin prim tespitinde ürün tablo fiyatı kullanılır. nceki dönemlerde şirketimizden sağlık poliçesi almış ancak daha sonra poliçesini devam ettirmemiş kişilerin şirketimizden tekrar yeni iş olarak sağlık sigortası talep etmeleri durumunda önceki dönemlerdeki sağlık durumu, sağlık harcamaları gibi kriterlerin göz önüne alınması sonucu kişiye ait prim tablo priminden daha düşük veya daha yüksek çıkabilir.

İkamet edilen il, aile olmak, ek teminatlar (rneğin doğum vb), ilk defa poliçe sahibi olması, kişilere özel uygulanan hastalık ek primi, sigortalının poliçeyi kullanma sıklığı, başka şirketten

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

alınan poliçelere veya gruplara verilebilecek ek primler tablo fiyatının artmasına veya azalmasına neden olabilmektedir.

Sigortanın yenilenmesi esnasında son yılın Tazminat / Prim oranının değerlendirilmesi sonucu yeni yıl primlerine aşağıda belirlenen koşul ve oranlarda medikal risk değerlendirmesine ek olarak ek prim uygulanabilir.

	P L A N
Tazminat/Prim Oranı (%)	Ayakta+Yatarak (%) /Ek Prim
0-100	0
101-150	%50'ye kadar ek prim
151-200	%75'e kadar ek prim
201 ve üstü	%100'e kadar ek prim

Tazminat / Prim oranı hesabında, şirkete intikal etmiş tazminat tutarları ve mevzuata uygun olarak belirlenen gerçekleşmiş ancak bildirilmemiş vaka bedelleri toplamı ile yenileme dönemi öncesi hesapladığımız gün esasına göre hak edilmiş net primi dikkate alınır.

Sigortalılar için bir önceki sigorta yılı içerisinde teşhisi konan, ancak tedavisi mümkün olmayan ve/veya tekrarlama ihtimali yüksek ve/veya kronik hastalıklarda ve sigortanın kullanım sıklığına bağlı olarak, yeni yıl primlerine tazminat/prim oranından bağımsız olarak ek prim konabilir, katılım protokolü uygulanabilir ve/veya o hastalıkla ilgili tedaviler istisna kabul edilebilir. Konulacak olan ek prim tutarı, bir önceki yılın toplam poliçe primini aşmayacaktır.

Sigorta süresinin sonunda, poliçede bulunan yatarak tedavi ve ayakta tedavi teminatına ait harcamaların tümü değerlendirilir ve poliçede mevcut her kişi için ayrı hesaplanan ve yenileme tarihinde yürürlükte olan riziko kabul yönetmeliğinde belirtilen oranlarda ek prim uygulanır.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigortalı kişinin kapsam altına alınmış kanunen evli olduğu eşi,18 yaşını aşmamış veya tam gün yüksekokulda okuyan 25 yaşını aşmamış bekar çocukları, üvey çocukları ve kanuni yoldan evlat edindiği çocuklarının aile bağı kapsamında sigortalanabilir.

11- YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Sigorta başlangıç tarihinde eşi ve/veya çocuğunu sigorta teminat kapsamına almayan sigortalı, aşağıda yazılı şartlar dahilinde sigorta süresi içerisinde eşini ve/veya çocuğunu poliçe kapsamına alabilir.

Sigortalı evlendiğinde;

Evlilik cüzdanı fotokopisi ve Sigortalı Başvuru / Beyan Formu ile evlilik tarihini takip eden 1 ay içinde başvuruda bulunması halinde eşinin poliçe teminat kapsamına alınması için başvuruda bulunabilir.

Yeni doğan bebeğin sigorta teminatına dahil edilmesi:

Bebeğin dünyaya gelmesini takip eden en az 72 saat sonra doğum belgesi ve Sigortalı Başvuru / Beyan Formu ile başvuruda bulunulması, Sigorta Ettiren tarafından Sigorta Şirketi tarafında yer alan primin kabul edilmesi ve başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilmesi halinde poliçe başvuru tarihi itibariyle düzenlenir. Aksi halde yeni doğan bebek teminata dahil değildir. Eğer, bebek doğumu takip eden 72 saat sonunda hala hastanede tedavi görmekte ise, bebeğin poliçe kapsamına alınması için taburcu oluşuna kadar beklenir.Taburcu olan bebeğin tüm rapor ve sonuçları şirket doktoru tarafından incelendikten sonra teminat kapsamına alınıp alınmayacağına karar verilir. Bebeğin doğum tarihini takip eden 30 gün içinde yapılmayan başvurularda bebek risk analizi yapılarak sigortalanabilir.

Erken doğan bebekler hamileliğin başlangıcından itibaren 40'ıncı haftayı doldurduklarında mevcut sağlık durumlarını bildiren her türlü tıbbi evrak, boy ve kilo değerleri, takip eden doktor raporu ile değerlendirmeye alınırlar. Erken doğan bebekler sigorta kapsamına alınmaya karar verildiğinde, "Prematürelilik İle İlgili Giderler ve Tüm Sistemik Komplikasyonları kapsam dışı tutularak" poliçe tanzim edilir.

36 hafta ve altında doğan bebekler prematüre olarak değerlendirilir.

Sağlık durumları itibariyle sigortalanması uygun bulunmayan bebekler ileri tarihlerde sağlık durumlarındaki olumlu gelişmeler sonrası yeniden değerlendirilebilir.

Sigortalı evlat edinildiğinde;

Sigortalı, resmi belgeler ve Başvuru / Beyan Formu ile evrak edinme tarihini takip eden 90 gün içinde evlatlık küçüğün poliçe teminat kapsamına alınması için başvuruda bulunabilir.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesi ve tarafların, başta ödenecek primler olmak üzere her şartta karşılıklı olarak anlaşması halinde çocuk poliçeye ilave edilir. İlgili poliçedeki prim sadece sigortalı için geçerli olup prim ödemesi yapılmaksızın herhangi bir kişiye sağlık poliçesi açılmaz. Yeni doğan bebekler ile evlat edinilenler ancak ek prim ile poliçeye dahil edilebilir.

Sigortalı eş ve/veya çocuğunun bir başka sigorta şirketinde sigorta poliçesi var ise;

Sigortalı eş ve/veya çocuğunun poliçe bitiş tarihinden itibaren sağlık başvuru ve beyan formu ve vadesi sona eren poliçeye ait geçiş bilgi formu ile diğer şirketteki poliçe bitiş tarihini takip eden 30 gün içinde eş ve/veya çocuk sigortalının poliçe teminat kapsamına alınması için Sigortacı'ya başvuruda bulunabilir.

Yurt dışından dönüşü gerçekleşen eş ve/veya çocuğun poliçeye dahil edilebilmesi için dönüş tarihinden itibaren 60 gün içerisinde Ferdi Sağlık Başvuru / Beyan Formu ve pasaport bilgileri (fotokopi) ile birlikte başvuruda bulunabilir.

Başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilmesi halinde eş ve/veya çocuk poliçeye ilave edilir.

Askerlik Dönüşü Sigortaya Yeniden Dahil Edilme ;

RAY SİGORTA A.Ş.' de en az 12 ay devam eden poliçesinin olması ve askerlik nedeni ile poliçesinin sona ermesi halinde sigortalı, askerlik terhis tarihinden itibaren 60 gün içinde Sağlık Başvuru / Beyan Formu ile birlikte başvuruda bulunabilir.

Sigortalının sağlık durumunda değişiklik olmaması halinde eski poliçesine ait geçmiş yıllarından gelen hakları saklı kalmak koşulu ile yeni poliçesi tanzim edilir.

12- GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Başka bir sigorta şirketinden ayrılıp Ray Sigorta'ya geçiş yapıldıysa, daha önceki şirketten kazanılmış hakları gösteren geçiş formunun ibraz edilmesi halinde, Sağlık Departmanı onayından geçen kazanılmış haklar şirketimiz tarafından da tanınır. Bununla birlikte, eski poliçede teminat kapsamında olan ama bu sigortada bulunmayan hizmetler kapsam dışı kalacaktır.

Diğer şirketteki poliçenin bitiş ya da iptal tarihi, şirketimizdeki poliçenin başlangıç tarihi olacaktır. Diğer şirketteki poliçe bitiş tarihinden itibaren 30 gün içinde teminat altına alınmaları

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

gerekmektedir. 30 günlük süreç içerisinde poliçenin tanzim edilmemesi halinde geçiş kabul edilmeyecektir.

Başka şirketten ferdi poliçeye geçmek isteyen sigortalıların toplam sigortalılık süresi 12 aydan az ise bekleme süreleri, toplam sigortalılık süresinin 12 ayı tamamladığı tarihte kaldırılır.

Başka şirketten transfer olarak alınacak sigortalılardan Sağlık Başvuru / Beyan Formu doldurmaları istenir. Sigortalı adaylarının halen var olan veya geçmişte maruz kaldıkları rahatsızlıkları sigortacı tarafından değerlendirilir.

Sigortalıların bir üst plana / ürüne ve / veya farklı üründen Ray C Extra Sağlık Sigortası ürününe geçiş talebi olması halinde veya ayakta tedavi teminatı içermeyen planlardan ayakta tedavi teminatı içeren planlara geçiş talebi olması halinde Ray Sigorta yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu talebin karşılanıp karşılanamayacağına karar verir. Sigortalının üst plana / ürüne ve / veya farklı üründen Ray C Extra Sağlık Sigortası ürününe geçiş talebi veya ayakta tedavi teminatı içermeyen planlardan ayakta tedavi teminatı içeren planlara geçiş talebi haricinde Ray Sigorta tarafından ürün ve / veya limit değişikliği yapılamaz.

Sigortalının Ray Sigorta'da geniş kapsamlı bir plandan daha dar kapsamlı bir plana geçiş talebi olması halinde yapılacak risk değerlendirmesi neticesinde Sağlık Departmanı onayı ile sigortalının kazanmış olduğu haklar devam ettirilir.

Sigortalının şirket ve / veya plan / ürün değişiklik talebi sırasında 60 yaşından büyük olması veya ciddi bir sağlık riskinin (kanser, organ yetmezliği, koroner arter hastalığı, vb.) mevcut olması durumunda daha geniş kapsamlı ürüne geçiş yapamaz.

Sigortalının geniş kapsamlı bir plandan daha dar kapsamlı bir plana geçiş talebi olması halinde yapılacak risk değerlendirmesi neticesinde Sağlık Departmanı onayı ile sigortalının kazanmış olduğu hakları verilir.

Ray Sigorta A.Ş sigortalının yazılı onayının alınması sonrası ve / veya beyan formunda yer alan onayına istinaden başka sigorta şirketine geçiş yapmak istemesi halinde sağlık profiline ilişkin geçiş bilgilerini ilgili Sigorta Şirketi'ne gönderir.

Başvuru esnasında başka sigorta şirketinden geçiş olduğunu beyan etmeyen sigortalılar, poliçe dönemi içerisinde transfer olduklarını beyan ederlerse transfer işlemleri gerçekleştirilmez ve transfer olarak kabul edilmez.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

13- SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1- Sözleşme İptalleri ve Poliçeden Çıkış İşlemleri

Sigortalı / Sigorta Ettirenin Talebi ile İptal

Sigortalı / sigorta ettiren sağlık poliçesinin iptalini Şirketten resmen talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için; aşağıdaki koşullardan en az birinin bulunması gerekmektedir:

- a) İkamet izin süresini kapsayan yeni bir sağlık sigorta sözleşmesinin sigorta şirketine ibrazı.
- b) İkamet izninin iptali veya ikamet izninin uzatılmaması ve bunun belgeler ile sigorta şirketine ibraz edilmesi.
- c) 5510 sayılı Sosyal Sigorta ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince Genel Sağlık Sigortasına dahil olduğunu gösterir belge ibrazı.
- d) İkamet izni başvurusunun reddi veya ikamet izni başvurusundan karar öncesinde vazgeçilmesi durumunda, bunun belge ile şirkete ibrazı.

Sigorta Sözleşmesinin (d) maddesi uyarınca sonlandırılması durumunda, tazminat ödenmemiş olması kaydı ile ödenen primler, iptal talebinin ulaştığı günü takip eden beş iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir. Sigorta Sözleşmesinin diğer maddeleri uyarınca sonlandırılması durumunda ise gerekli belgelerin ibraz edildiği günü takip eden beş iş günü içerisinde sigortacılık prensipleri dahilinde, gün esaslı prim iadesi yapılır.

Sigorta ettiren, iptalini talep ettiği poliçenin iptal nedenini ve iptal edilmesi istenilen tarihi içeren iptal bildirim yazısını, iptal sebebine özgü dokümanları, poliçe aslı ve sigortalı kartlarını Sigortacı'nın genel müdürlüğüne gönderir. Sigorta ettirenin poliçenin iptalini talep etmesi durumunda, herhangi bir tazminat ödemesinin yapılmamış olması kaydıyla işlemiş süreye ilişkin prim iadesi hesabında sigorta başlangıcından itibaren geçen gün sayısı dikkate alınarak sigortalı kalınan gün esasına göre prim iadesi yapılır.

Sigortalılık yılı içinde sigortadan ayrılan/vefat eden kişiye ödenen hasar, muallak hasar, provizyon talepleri vb yok ise şirket, ilgili prim iadesini, "İkamet izni başvurusunun reddi veya Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

ikamet izni başvurusundan karar öncesinde vazgeçilmesi durumunda, bunun belge ile şirkete ibrazı yapılması halii” hariç olmak üzere, iptal tarihinden başlayıp bitiş tarihine kadar olan süre esas alınarak gün esaslı olarak yapar.

Her ne surette olursa olsun, bireysel poliçelerde sigortalıya ödenen hasar, muallak hasar, provizyon talebi vb. varsa poliçenin iptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar; sigortacılık prensipleri gereği, Sigortacı’nın hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır:

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı’nın hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı’nın hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.

Grup poliçelerindeki çıkış işlemlerinde gün esaslı iade uygulanır.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi gibi kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda Sigortacı, teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.

Sigortacı, sigortalı / sigorta ettirenin başvuru formunda mevcut bir rahatsızlığını beyan etmediğini tespit ettiği takdirde, tazminat talebini ret ederek Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6’ya istinaden poliçeyi iptal edebilir.

Fesih : Fesih işleminin yapılabilmesi için iptal talebi ile poliçe tanzim tarihi arasındaki tarihin 30 günü geçmemiş olması gerekmektedir. 30 günü geçen durumlarda primin tamamının iadesi yapılmaz ve gün esaslı iptal devreye girer. 30 gün içinde dahi olsa kişiye ödenen veya muallak hasar varsa, fesih yapılmaz, gün esaslı iptal devreye girer. Fesih edilmiş poliçelerin yürürlüğe alınması, sigorta şirketinin onayına bağlıdır.

16/06/2021 tarih ve 2021/8 sayılı Vize ve İkamet İzni Taleplerinde Yaptırılacak Sağlık Sigortalarına İlişkin Genelgede Değişiklik Yapılmasına Dair Genelge hükümleri uyarınca, iş bu Genel Şartın 13/d maddesi bu hükmün kapsamı dışında olup, sigorta Sözleşmesinin (d)

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

maddesi uyarınca sonlandırılması durumunda, tazminat ödenmemiş olması kaydı ile ödenen primler, iptal talebinin ulaştığı günü takip eden beş iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir.

Primler vadesinde ödenmediğinde; sigortalıya tazminat ödemesi yapılmaz ve Sağlık Sigortası Genel Şartları hükümleri uyarınca poliçe iptal edilir.

Eksik Beyan Nedeniyle İptal

Şirket, sigortalı / sigorta ettirenin başvuru formunda mevcut bir rahatsızlığını beyan etmediğini tespit ettiği takdirde, hasarı ret ederek Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6'ya istinaden poliçeyi iptal edebilir. Eksik beyanı saptanan sigortalının poliçesi tüm bağımlıları ile beraber (tüm aile bireyleri) eksik beyan prosedürüne uygun olarak iptal edilir ve eksik beyanı saptanan kişinin aile bireylerine de daha sonra poliçe açılmaz.

Poliçenin iptaline ilişkin satış kanalına duyuru yapılır, duyuruyu takiben üç iş günü içerisinde sigortalıya ihtarname çekilerek prosedür başlatılır ve Genel Müdürlük tarafından poliçe prim iadesiz olarak iptal edilir.

İptal tarihi, eksik beyanla ilgili duyuru tarihi olup, hasar kontrolü yapılmaksızın prim iadesiz eksik beyandan iptal yapılır.

Prim Borcu Nedeniyle İptal

Sigorta primi veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise peşinatı poliçenin teslimine rağmen ödenmemişse, sigortacının sorumluluğu başlamaz. Rizikonun gerçekleşmesi halinde taksitlerin tümü muaccel olur. Sigorta ettiren vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer.

TTK 1434. Madde uyarınca ilk taksiti veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim ödenmez ise :

İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağının, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise :

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunu'ndan doğan diğer hakları saklıdır.

İptal Poliçenin Yürürlüğe Alınması

Sağlık Sigortası Genel Şartları MADDE 8'de belirtilen esaslar doğrultusunda prim borçları nedeniyle iptal edilen ürünlere ait poliçeler iptal tarihi üzerinden üç aydan fazla süre geçmemiş olması kaydıyla aşağıda yazılı şartların sağlanması halinde tekrar yürürlüğe alınabilir.

- Sağlık başvuru ve beyan formlarının sigorta ettiren tarafından doldurulması
- Poliçe iptal tarihi üzerinden üç aydan fazla süre geçmemiş olması
- Poliçenin toplam prim borcunun tamamının ödenmiş olması
- Sigortalının sağlık durumunun risk teşkil etmediğinin değerlendirilmesi, sigortalılık süresi ve satın aldığı riske göre istenecek diğer ek belgelerin Şirkete teslimi.
- Sağlık Departmanı tarafından istenecek ek bilgi ve belgelerin sunulması,

Sigorta ettiren, (poliçe içinde ve poliçenin iptal tarihi ile yürürlüğe dönüş tarihi arasındaki) sağlık başvuru ve beyan formlarında tüm riskleri beyan etmek zorundadır.

Mevcut tüm riskler için poliçenin yürürlüğe alınma şartlarına doktor görüşü ile karar verilir.

Sağlık beyan formunda beyan edilen rahatsızlıklara göre poliçe yürürlüğe döndürülmeyebilir, istisna konabilir, üst limit, katılım protokolü belirlenebilir, ek prim uygulanabilir.

Sağlık beyan formunda beyan edilmeyen rahatsızlıkların saptanması halinde yıl içi risk analizi ve eksik beyan uygulaması yapılacaktır.

Şirket, sigortalı /sigorta ettiren tarafından iptali istenilen poliçeleri tekrar yürürlüğe almaz, bu durumda sigortalı /sigorta ettiren yeni poliçe satın alabilir Sigorta şirketi bu durumdaki poliçeler için risk analizi yapacaktır.

Sigorta yılı içerisinde sigortalı/sigorta ettiren isteği ile poliçe iptal ettirildikten sonra 30 gün içerisinde daha yüksek teminatlı farklı bir plan satın almamaz. Bu talep en fazla aynı plan için karşılanabilir ya da daha düşük teminatlı bir ürün için uygulanabilir. İptal tarihinden 30 gün sonra yapılacak plan değişikliklerinde sigortalının poliçesi tamamen ilk kez sigortalanıyormuş gibi işlem görür ve geçmişten gelen tüm sigortalılık hakları kaybolur.

Eksik beyan nedeniyle sigorta şirketi tarafından iptal edilen poliçeler hiçbir şekilde yürürlüğe döndürülemezler. Eksik beyanı saptanan kişinin aile bireylerine de daha sonra poliçe açılması Genel Müdürlük Sağlık departmanının onayına tabiidir.

13.2- Vefat Durumu

Sigorta Ettiren / Sigortalının Vefatı

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Sigorta Ettirenin Vefatı:

Sigorta ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olmaları durumunda kanuni varislerinin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilir, kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda ise sigortacının hak kazandığı prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin kanuni varislerine iade edilir. Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise sigortacı, sigorta ettirenin kanuni varislerine prim iadesi yapmaz.

Sigortalı/Sigortalıların Vefatı:

Poliçede birden fazla sigortalı varsa sigortalılardan birinin vefatı halinde, vefat eden sigortalıya ait sigortacının hak kazandığı prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir. Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise sigortacı, sigorta ettirene prim iadesi yapmaz. Sigorta ettirenin aksini bildirmemesi durumunda diğer sigortalılar için poliçe devam eder.

Poliçede vefat eden sigortalının dışında başka bir sigortalı yoksa poliçe hükümsüz kalır. Sigortacının hak kazandığı prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir. Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise sigortacı, sigorta ettirene prim iadesi yapmaz.

Sigorta Sözleşmesi yürürlükte iken Sigortalı'nın Sigortacı tarafından Anlaşmalı Kuruluş Ağı içerisinde bir Sağlık Kuruluşu'nda onaylanmış bir tedavisi sürmekte iken vefat etmesi halinde, Sigortacı ilgili tedavinin kapsam dahilindeki giderlerini Anlaşmalı Kuruluş'a direk öder. Kapsam dışındaki giderlerin Anlaşmalı Kuruluş'a ödenmesi hususunda Sigortacının yükümlülüğü yoktur. Sigortalı'nın vefatından önce Anlaşmasız Kuruluşlardaki giderleri yapılan tetkik ve tedavisine ait belgelerin tam olması ve hastalık / rahatsızlığın kapsam dahilinde olması koşulu ile Sigortacı tarafından Sigortalı'nın kanuni varislerine ödenecektir.

Bu durumda Sigortacı tazminatın ödendiği tarihten itibaren bütün yükümlülüklerini yerine getirerek ilgili döneme ait prime hak kazanmış olur.

14 – RÜCU HAKKI

Sigortacı, sigortalının veya doktorun yanlış ve/veya eksik bilgilendirmesi yüzünden poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen ödeme yapması durumunda, bu ödemeleri sigortalıya rücu ederek tahsil eder. Sigortacının herhangi bir nedenle poliçe teminatı kapsamında olmayan bir ödeme yapmış olması, sigortalı tarafından kazanılmış bir hak olarak değerlendirilemez.

Poliçe ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

15 –POLİÇE BİLGİLERİ DEĞİŞİKLİK TALEPLERİ

Ad-Soyad/Doğum Tarihi Değişikliği

Ad, soyad ve doğum tarihi değişiklikleri için; sigorta ettirenin dilekçe ekinde değişikliği belgeleyen evlilik cüzdanı, nüfus cüzdanı ve/veya mahkeme kararı örneği göndermesi gerekmektedir.

Tüzel Kişilik Unvan Bilgi Değişikliği

Sigorta ettirenin tüzel kişilik olması halinde, unvan bilgi değişikliğinin sigorta ettiren tarafından, dilekçe ekinde Ticaret Sicil Gazetesi ve vergi levhası örneği ile talep edilmesi gerekmektedir.

Adres Değişikliği

Sigorta ettiren ve/veya sigortalı adresinde değişiklik olduğunda, yeni adres bilgisinin belirtildiği dilekçe ile düzeltme talebinde bulunmalıdır.

Kredi Kart Değişikliği

Başvuru formunda bildirilen kredi kartında değişiklik istendiğinde veya mevcut kartın geçerlilik tarihinde değişiklik olduğunda sigortacıya bilgi verilmelidir.

Sigorta Ettiren Değişikliği

Sigorta ettiren değişikliği talep edilmesi durumunda, poliçedeki mevcut sigorta ettiren ve yeni sigorta ettirenden alınan özel ya da tüzel kişi imzalı dilekçenin sigortacıya gönderilmesi gerekmektedir. Yeni sigorta ettirene ait ödeme aracı bilgileri dilekçede belirtilmelidir. Tüzel kişiler için imza sirküleri gönderilmelidir.

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih .. 01.01.2022 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.