

SAĞLIK TURİZMİ KOMPLİKASYON SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1- SİGORTA KONUSU

İşbu sigortanın konusu, Seyahat Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ek olarak yurt dışında ikamet eden ve sağlık turizmi amacıyla Türkiye'ye gelen sigortalıların Türkiye'de sağlık turizmi için akredite hastane ve kliniklerde yaptırdığı ameliyat, girişim ve işlemlerden sonra oluşabilecek komplikasyonların tedavisi için gerekli olan masrafların aşağıda yazılan şartlar ve poliçede belirtilen limitler dahilinde ödenmesidir.

Bu ürün, poliçe başlangıç tarihi 180 güne kadar ileri bir tarih seçilerek satın alınabilir. Seçilen başlangıç tarihinde poliçe kapsamı başlar ve 180 gün sonra sona erer (Diş implant ve estetik planı 365 gün geçerlidir). Teminatların geçerli olabilmesi için; yapılan ameliyat, girişim, işlemler ve oluşabilecek komplikasyonlar bu poliçe süresi içerisinde gerçekleşmelidir.

Poliçe 0-75 yaş arası kişiler için düzenlenebilir.

0 ila 69 yaş arası kişiler için standart primler geçerlidir. 70-75 yaşları için ek prim uygulanır. Sigorta teminatı sadece sigorta poliçesinde yer alan kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler teminattan yararlanamazlar.

Bu üründe plan ve ürün bazında değişen teminat yapıları bulunmaktadır. Bu poliçe ile verilmiş teminatlar poliçe üzerinde ve sertifikada belirtilenler ile sınırlıdır.

Bu poliçede gündelik bakım parası ve günlük iş görememe parası teminatları yoktur. Bu poliçede başka sigorta şirketinden transfer ve hak koruması yoktur.

Bu poliçede Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması yoktur.

Bu poliçede vefat tazminatı için bir teminat bulunmamaktadır.

2- TANIMLAR

Genel Şartlar: Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK) tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından seyahat sağlık sigortalarına ilişkin uyulması gereken şartlardır. Genel şartların en güncel hali www.tsb.org.tr internet sitesinde yer almaktadır. SEDDK tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında uyulması zorunlu olan yazılı kurallardır.

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

Hastane: Yasalar ve yönetmeliklere 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 ya da 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. göre, yurt içinde Sağlık Bakanlığı, yurt dışında da benzeri resmi kuruluşlarca hasta kabul eden ve tedavi etmeye ve gerektiğinde cerrahi müdahaleye yetkili kılınmış yataklı tedavi kuruluşlarıdır.

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

Komplikasyon: Uygulanan bir tıbbi girişim, ameliyat sonrasında tıbbi olarak bilinen muhtemel istenmeyen durumlardır. Her girişim ve ameliyat ile ilişkili komplikasyonlar işlem / ameliyat öncesinde sağlık kurumu tarafından sigortalı / hastaya bildirilir ve onayı alınır. Sigortalıda ortaya çıkabilecek ameliyat veya girişimle ilgili olmayan sağlık sorunları komplikasyon değildir.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 20.01.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Ödeme Oranı: Teminat kapsamında gerçekleşen giderlerin yıllık limiti ya da vaka veya hastalık başına limiti aşmaması kaydıyla, varsa muafiyet tutarı düşüldükten sonra, her bir giderin sigortacı tarafından karşılanacak yüzde (%) oranıdır.

Özel Şartlar: Sigortacı tarafından poliçenin ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, ürüne özel kurallar ve şartları içeren belgedir. Özel şartlar www.raysigorta.com.tr web sitesinde yer almaktadır.

Poliçe Bitiş Tarihi: Poliçenin geçerlilik süresinin bittiği tarihtir. (Türkiye saati ile gece saat 00.00)

Poliçe Başlangıç Tarihi: Poliçe'nin ilk kez veya takip eden her yenilenmesinde yürürlüğe girdiği tarihtir. (Türkiye saati ile gece saat 00.00)

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

Sigorta Ettiren: Bu Sigorta Sözleşmesi için başvuran, başvurusu sigortacı tarafından kabul edilen ve bu sigorta sözleşmesinin kapsamı içerisinde sorumlu taraf olup kendisi ve sigortalanacak kişilerin adına hareket eden ve prim ödemek dahil sözleşmeden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan gerçek veya tüzel kişi.

Sigortacı ve Sigorta Şirketi: T.C. kanunları gereği tescil edilmiş ve ruhsat almış seyahat sağlık sigortacılığı alanında faaliyet gösteren şirkettir. Sigortacı, sigortalının olası risklerine karşı teminat satar. Bu sözleşme kapsamında Sigortacı Ray Sigorta A.Ş. 'dir. Tescilli yapılarak işletme ruhsatı alan ve poliçe düzenleyen sigorta şirketidir.

Sigortalı: Sigorta Ettiren tarafından sağlık seyahat sağlık sigortası başvurusunda isimleri belirtilen kişilerdir .

Tanzim Tarihi: Poliçenin düzenlendiği tarihtir.

Tazminat: Sağlık giderlerinin, ilgili poliçe, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacı tarafından onaylanan / ödenen tutarıdır.

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

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

Tıp Doktoru: Türkiye'de veya yurtdışında (Sağlık Bakanlığı'ndan uzmanlık almış) Tıp Fakültesi diplomasına sahip kanunen hasta kabul edip tedavi etmeye yetkisi olan kişidir. Hukuken, hastayı muayene etmeye, teşhis koymaya, teşhis ve tedavi için

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

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

3- TEMİNATLAR VE UYGULAMA ESASLARI

Sağlık Turizmi Komplikasyon Sigorta poliçesi farklı ürünler ve planlardan oluşmaktadır.

Aşağıda belirtilen teminatların tamamı poliçenizde olmayabilir. Sadece poliçe ve sertifikanızda bulunan teminatlar geçerli olacaktır. Lütfen sertifika ve poliçenizde bulunan teminatlar, limitler ve varsa muafiyetleri kontrol ediniz.

A-YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

Sigortalıya Türkiye sınırları içerisinde Sağlık Turizmi Akreditasyon belgesine sahip bir sağlık kurumunda yapılan

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 20.01.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

ameliyat, girişim, tıbbi uygulamalar sonrasında gelişen tıbbi komplikasyonlar bu teminat kapsamında poliçe ve sertifikada belirtilen teminat limitleri ve oranları doğrultusunda poliçe planlarında belirtilen tedaviler için ödenir. Estetik ameliyatlarda ve diş tedavilerinde kişisel beğeniden doğan memnuniyetsizlikler bu poliçe kapsamında değildir.

Teminat sadece poliçede belirtilen ameliyat veya girişim için geçerli olup, ilgili poliçe planı dışında bir tıbbi tedavi veya uygulamadan doğan komplikasyonlar teminat dışındadır.

Komplikasyonun revizyon ameliyat veya girişimle tedavi edilmesi için gereken masraflar teminat altında olup, ameliyat / girişim sonrası gerekebilecek rehabilitasyon ve fizik tedavi giderleri kapsam dışıdır.

Yapılacak tıbbi işlem için gereken tetkikler ve ilaçlar da bu teminat kapsamında ödenir. Tıbbi girişimin gerektirdiği tanı ve ameliyat standart pre op tetkikler dışında yapılan teşhis işlemleri ve ameliyatla ilgili olmayan ilaçlar teminat dışıdır.

Gerek ilk ameliyat ve gerekse revizyon ameliyat / girişim öncesi ve sonrası destek tedavileri (serum takılması, destek ilaç tedavileri, kan şekeri, tansiyon düzenlemeleri gibi) ameliyatla bağlantılı olmayan diğer sağlık sorunları için yapılması planlanan/gereken ek inceleme ve takip tetkikleri bu poliçe kapsamında değildir.

B-ULAŞIM TEMİNATI

Sigortalının Türkiye’de uygulanan bir tedavi sonucu gelişen komplikasyonun tedavisi veya ameliyatın revizyonu gerekliliği halinde ülkesinden Türkiye’ye gelmek için ödediği ekonomik sınıf uçak bileti tutarı, poliçede belirtilen limit ve muafiyet ile ödenir teminatı Uçak bileti teminat limiti ve muafiyet tutarı bazı planlarda farklıdır, sertifikanızı kontrol ediniz. Teminat sertifika ve / veya poliçe üzerinde gösterilir.

C-KOMPLİKASYONA BAĞLI KONAKLAMA TEMİNATI

Eğer sigortalı, Türkiye’de uygulanan estetik ve obezite cerrahisi tedavisi sonucu gelişen komplikasyonların tedavisi veya ameliyatın revizyonu için hastane dışında konaklama yapmak zorunda kalırsa bu teminat kapsamında karşılanır. Günlük olarak en fazla 100 EUR teminat limiti karşılanır. Estetik ve obezite cerrahisi planında 100 EUR konaklama giderleri muafiyet kapsamındadır. Bu muafiyet süresi sona erdikten sonra devam eden konaklamalar teminat dâhilindedir.

Komplikasyon tedavisi durumları dışında, isteğe bağlı olarak yapılan konaklama giderleri sigorta kapsamı dışındadır. İşbu konaklama giderleri operasyonu yapan doktor tarafından iletilen tıbbi raporun sigorta şirketi tarafından uygun bulunarak onaylanması şartıyla teminat dâhilindedir.

Sigorta şirketi tarafından tıbbi raporun onaylanmaması halinde işbu konaklama giderleri teminat dışındadır.

D-KENDİ ÜLKESİNDE MÜDAHALE TEMİNATI

Bazı planlarda isteğe bağlı seçmeli ek teminat olarak alınabilir. Sigortalının kendi ülkesine döndükten sonra geçirdiği tıbbi müdahale / ameliyatla ilgili yara yerinde akıntı, enfeksiyon gibi tekrar geri gelmesini gerektirmeyecek erken komplikasyonlara bağlı küçük girişimler ve tıbbi tedaviler bu teminat kapsamında poliçe ve sertifikada belirtilen limitler dahilinde karşılanır.

Sigortalının kendi ülkesinde gerçekleşen bu gibi giderleri tazmin edebilmesi için tıbbi rapor ve fatura aslını, ödemenin yapılabileceği banka hesap bilgisini (swift, IBAN) posta yolu ile göndermelidir. Değerlendirme sonrası teminat kapsamında olan giderlere ilişkin ödeme teminat limitleri dahilinde sigortalı banka hesabına yapılır. Tazminat ödemelerinde, havale swift masrafları teminat limitlerinden düşülür.

E-REFAKATÇI GİDERLERİ TEMİNATI

Sadece Cerrahi , Kalp Damar Cerrahisi ve Organ Nakli planlarında isteğe bağlı seçmeli olarak alınabilir. İlgili teminat ve limitler Türkiye’de uygulanacak ilk girişim / ameliyat için geçerli değildir. İsteğe bağlı seçmeli ek teminat olarak

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 20.01.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

alınabilir.

Sigortalıya uygulanacak ikincil girişim sırasında poliçe teminatları devreye girdiğinde , sigortalı ile birlikte Türkiye'ye gelecek bir refakatçi için ulaşım ve konaklama giderleri poliçe ve sertifikada belirtilen teminat limitleri ve muafiyet kapsamında geri ödeme kapsamında karşılanır. Hastanede bulunulan sürede oluşacak hastane faturasındaki refakatçi giderleri kapsam dışıdır.

F-SIGORTALININ CENAZESİNİN NAKLI

Sigortalı'nın bu poliçe kapsamında aniden hastalanması veya yaralanması sonucu vefatı halinde Sigorta Şirketi; Cenazenin defnedilmesi için talep edilen adrese naklini organize edecektir. Cenaze töreni ve defin masrafları kapsam dışındadır.

G-SEYAHAT POLİÇESİ TEMİNATI

Tüm planlarda bulunur. Sertifikada ve poliçede belirtilen sağlık, ambulans, tıbbi danışmanlık ve cenazenin nakli giderleri teminat limitleri ve seyahat sağlık sigortası özel şartları (ekli olarak ayrıca verilir) kapsamında değerlendirilir.

H-HUKUKSAL KORUMA

Hukuksal Koruma Sigortası Genel Şartları hükümleri saklı kalmak kaydıyla, işbu poliçe teminatına giren hallerde, sigortalının taraf olduğu ve hukuksal çıkarlarının korunması amacı taşıyan hukuki uyuşmazlıkların doğurduğu gider ve masraflar ile asgari ücret tarifesi ile sınırlı avukatlık ve danışmanlık ücretleri için koruma sağlar. Bu poliçe ile temin edilen hukuksal koruma teminatının limiti olay başı ve yıllık toplamda 500 EUR ile sınırlıdır.

I- ÜÇÜNCÜ ŞAHIS MALİ MESULİYET

Sigorta şirketi, sigortalının Türkiye sınırları dahilinde bulunduğu sırada bir kaza sonucu sebep olduğu üçüncü bir şahsın ölümü, yaralanması veya bir mal/mülkte oluşan zararlar için poliçede yazılı teminat üst limitine kadar aşağıdaki şartlar dahilinde tazminat ödemesi yapar.

- Sigortalı bir zarar oluşma ihtimali olan kazayı hemen sigorta şirketine detaylı olarak anlatan yazılı bir başvuru yapar.
- Sigortalı kendisine iletilmiş olan her türlü, mektup, yazı, veya kanuni bildirimini eline geçer geçmez bildirmelidir.
- Sigortalı, sigorta şirketinin bilgisi olmaksızın her hangi bir ödeme yapmamalı, ödeme taahhüdünde veya önerisinde bulunmamalı , tazminat ödemesi için bir pazarlık yapmamalıdır.
- Sigorta şirketi, gerek gördüğü hallerde sigortalı yerine geçerek tazminat talebini cevaplama, hukuken savunmaya yetkilidir.

Özel istisnalar; Sigortalının kendi aracı ile seyahat etmesi durumunda aracın kullanılması veya işletilmesinden doğabilecek ve Karayolları Trafik Kanunu ve de diğer genel hükümler uyarınca aracın işletenine ait olacak hukuki sorumluluklar; Sigortalının mesleği, işletme faaliyetleri ve imal ettiği ürünlerden kaynaklanan sorumluluklar; manevi tazminat talepleri bu teminatın kapsamı dışındadır.

Poliçe Süresince Toplam Sorumluluk Limiti: İşbu sigorta poliçesinde, poliçe özel şartları ve Üçüncü Şahıs Mali Mesuliyet Genel Şartları dahilinde teminat altına alınan bedeni ve maddi zararlara istinaden poliçe süresince ve toplamda sigortacının ödeyebileceği azami Tazminat tutarındır.

4- BEKLEME SÜRELERİ

Bu poliçede poliçe başlangıç tarihi sonrasında gerçekleşen poliçe planına uygun bir ameliyat, tıbbi girişim veya estetik uygulama sonucunda gerçekleşen komplikasyonlar için bekleme süresi yoktur.

5- STANDART İSTİSNALAR

1. Poliçe veya sertifikada belirtilmeyen teminatlara ilişkin tazminat talepleri,
2. Sigorta başlangıç tarihinden önce yapılmış bir ameliyat/girişim nedeniyle yapılacak revizyon ameliyatlar veya tıbbi girişimler için poliçe alınmış olsa dahi bu revizyon ameliyat / işlem sonucu ortaya çıkacak ikincil komplikasyonlar,
3. Sigortalıya uygulanan tıbbi girişim ve ameliyat sonucu hastaneden taburcu olmasını takip eden 7 gün içinde gelişen erken komplikasyonlar,(Bu madde VIP Sağlık Turizmi poliçelerinde uygulanmayacaktır.)

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 20.01.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

4. Tıbbi uygulama hatası (malpraktis) kaynaklı sağlık harcamaları,
5. Tıbbi girişim öncesi sigortalı / hastaya imzalatılması gereken onam formunda bildirilmemiş komplikasyonlara ilişkin giderler,
6. Sigortalının ülkesine döndükten sonra gelişen, kendi ikamet ülkesinde gerçekleşen ve ufak müdahale gerektiren (yara yerinde enfeksiyon, akıntı, gibi) küçük komplikasyonlar (ek teminat olarak alınmamış ise)
7. Genetik hastalıklar ile genetik araştırmalar ve tedaviler.
8. Poliçe planında belirtilen ameliyat / girişim dışında yapılacak bir tedaviye ilişkin komplikasyon giderleri
9. Ameliyat / girişim, tıbbi tedavinin gerektirdiği standart pre op tetkik ve tanı işlemleri ile gerekli ilaçlar dışında yapılan tetkik ve ilaç giderleri,
10. Komplikasyon tedavi edici ameliyat sonrasında gerekebilecek rehabilitasyon ve fizik tedavi giderleri,
11. Estetik ameliyatlarda ve diş tedavilerinde kişisel beğeni nedeniyle oluşacak memnuniyetsizliklerin giderilmesi için yapılacak ikincil girişimler,
12. Herhangi bir tıbbi müdahale / ameliyat / girişim yapılmaksızın gerçekleşen medikal yatışlar ve bunların devamı niteliğindeki yatarak tedaviler, komplikasyonları
13. Cerrahi veya tıbbi girişim/uygulama gerektiren durumlarda refakatçi olması ve gerekmesi halinde dahi refakatçiye ait gerek sağlık kurumundaki konaklama ve diğer bedeller ve gerekse ulaşım, otel konaklama giderleri, (ek teminat olarak alınmamış ise)
14. Tıp doktoru tarafından reçete edilmiş olsa dahi hastane yatışı sırasında kullanılmayan tüm ilaçlar
15. Özel hemşire giderleri, suit oda farkı.
16. Alternatif tıp yöntemleri, alternatif tıp merkezlerinde yapılan muayene ve tüm tedavi giderleri, Anti Aging Merkezler inde yapılan tüm işlemler, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) Kurumu tarafından deneysel aşamada olduğu kabul edilen tıbbi malzeme, ilaç ve tedaviler ile ilgili tüm giderler ile TTB/HUV (Türk Tabipler Birliği)' de belirtilmeyen işlemler
17. Sağlık Turizmi için akredite olmayan kurum ve kuruluşlarda, ruhsatsız kurumlarda ve tıp diploması olmayan kişilerce yapılan tedavi ve işlemlerle ilgili komplikasyonlar
18. Poliçe planı ile uyumlu yapılmış olan bir ameliyat veya işleme ait 6 aydan (Diş implant ve estetik planı için 12 ay) sonra ortaya çıkan komplikasyonlar.
19. Poliçe başlangıç tarihinden sonra yapılan ameliyat, tıbbi girişim veya estetik uygulamanın yapıldığı sağlık kurumu dışında yapılan komplikasyonları düzeltici girişimlere ait giderler
20. Sigortalının Türkiye'de gördüğü tedavi veya tıbbi girişim sonucu vefat etmesi halinde talep edilecek, cenaze nakil ve defin masraflarının bu poliçe kapsamındaki seyahat planı teminatını aşan kısmı.
21. Sigortalının tarafsız bir hekim tarafından yapılacak ikinci görüş değerlendirmesi sonucunda ortaya çıkan sağlık sorununun standart bir komplikasyon olmayıp hasta / sigortalı uyumsuzluğu kaynaklı olduğunun rapor edilmesi halinde tazminat ödemesi yapılmaz.
22. Organ ve doku nakli teminatında, doku ve organ reddi teminat altında değildir. Organ ve doku nakli sonrası gelişebilecek damar içi pıhtılaşma, nakil sonrası gelişebilecek enfeksiyon (hastane enfeksiyonu hariç) anastomoz açılması, yüzey doku dikişlerinde açılma, yara yeri enfeksiyonu, nedbe oluşumu teminat altındadır.
23. Sigortalının tıbbi işlem / girişim sonrasında vefatı halinde vefat tazminatı

6- TAZMİNAT ÖDEME UYGULAMALARI

Sigortalının poliçe dönemi içerisinde sahip olduğu teminatlar doğrultusunda kabul edilebilir tazminat tutarı; Sertifikada tanımlı ilgili teminatın, teminat limiti ve ödeme oranı doğrultusunda ödenir. Aynı plan kapsamında, aynı cerrahi girişim veya müdahaleye bağlı birden fazla komplikasyon olması ve sigortalının Türkiye'ye birkaç defa gelmesi gerekse dahi ödenebilecek toplam tazminat tutarı poliçe üzerinde yazılı toplam teminat tutarı limitini aşamaz. Bu poliçede provizyon ile ön onay uygulaması yoktur.

Bu poliçede ecelen vefat için bir tazminat teminatı bulunmamaktadır.

Sigortalının toplam yaptığı sağlık harcaması tutarı, aşağıda belirtilen dokümanların ve plan bazında gerekli olabilecek ek dokümanların sigortacıya iletilmesini takip eden 10 günlük inceleme ve değerlendirme süresi sonunda hastane faturasının tanzim edildiği kişiye ait kredi kartına veya banka hesabına ödenir.

Komplikasyon gelişmesi halinde yapılacak ameliyat / girişim ilk ameliyat veya girişimin yapıldığı kurumda olmalıdır. Sigortacı bu maddeyi Sigortalı lehine uygulamayabilir.

Poliçe geçerlilik tarihleri içinde gerçekleşen ilk ameliyat / girişime ait (erken komplikasyon, diğer sağlık sorunları ile ilgili yatışın uzaması , dikiş alımı gibi) hiçbir gider poliçe kapsamında değildir.

Sağlık harcamasına ilişkin fatura sigortalı adına düzenlenmiş olmalıdır. Geri ödeme faturanın tanzim edildiği kişiye

yapılır. Sigortalı kendisi dışında bir kişi adına ödeme yapılmasını talep ederse ıslak imzalı talimat yazısının Şirkete tazminat evrakları ile birlikte ulaştırılması gerekir.

Bir ameliyat veya girişim sonrası gelişen sağlık durumunda bozulmanın komplikasyon olarak değerlendirilebilmesi için uluslararası tıbbi literatür dikkate alınır. Malpra ktis kapsam dışıdır. Şüpheli vakalarda sigortacı (tıp fakültesi öğretim görevlisi bir doktor veya TTB uzmanlık derneğinden) ikinci görüş isteyerek vakayı değerlendirebilir.

Police planları bazında ek doküman istenebilecek olması dışında tüm planlardaki tazminat taleplerinde;

- Sigortalı tarafından imzalanmış sigortacının tıbbi dokümanları alabilmesi için yetki yazısı
- İlk ameliyat raporu
- İlk ameliyat öncesi sağlık kurumunca sigortalı / hastaya imzalatılmış muhtemel komplikasyonları belirten onam formu,
- Ortaya çıkan komplikasyona ilişkin sigortalı beyanı (ne zaman başladı, ne şikayetler oluştu gibi)
- Komplikasyona yönelik tedaviyi açıklayan tıbbi rapor, varsa ameliyat raporu
- Sağlık kurumu, otel ve ulaşım masraflarını gösterir faturaların asılları, uçak bileti destinasyon ve tarihlerini gösterir belge
- Pasaportun Türkiye'ye giriş ve çıkış tarihlerini gösteren mühür sayfası ve kimlik bilgilerini gösteren ilk sayfası fotokopileri gereklidir.

Sigortalının banka hesabına yapılacak tazminat ödemelerinde, ilgili banka hesabının Türkiye Cumhuriyeti dışında olması halinde SWİFT bedeli ödenecek tazminat tutarından düşülerek ödeme yapılır. Tüm bu cerrahi veya tıbbi girişim/uygulama gerektiren durumlarda refakatçi olması ve gerekmesi halinde dahi refakatçiye ait sağlık kurumundaki konaklama ve diğer bedeller ve gerekse ulaşım, otel konaklama giderleri ödenmez (Ek refakatçi planı alınmış olması halinde refakatçiye ait ulaşım (uçak) ve otel konaklama bedelleri teminat limitleri dahilinde ödenir.)

Diş Planı:

Diş planında ödenebilecek komplikasyonlar diş çekimi, cerrahi diş çekimi, kanal tedavisi, implant uygulaması, protez diş uygulaması ve periodontoloji uygulamaları sonrası gelişen giderlerdir. Ortodontik tedaviler teminat dışıdır.

Protez diş uygulamasında protezin rengi veya şeklinin beğenilmemesi gibi sorunlar komplikasyon sayılmayacak ve tazminat ödemesi yapılmayacaktır.

Cerrahi diş çekiminde gecikmiş kanama, diş eti enfeksiyonu, diş parçasının kalmış olması; implant uygulamalarında implantın yerine tam oturmaması, yerinde oynaması, yerinden çıkması, çene kemiğine zarar vermesi gibi komplikasyonlar teminat kapsamındadır.

Diş planında ilk tedavi öncesi hazırlanmış tedavi planı ve panoramik röntgen, tedavi bitiminde ve komplikasyon geliştiğinde çekilmiş güncel pano ramik röntgen olmaması halinde tazminat ödemesi yapılmaz.

Diş planında tedavi planında 6 aydan uzun sürecek bir tedavi süreci olması halinde, ilk poliçe ile birlikte 6 ay sonra başlatılan ikinci poliçenin ilk poliçe tanzimini takip eden 30 gün içinde alınmış olması gerekir. Bu durumda teminat süresi 12 ay olarak dikkate alınır. Uzun süreli tedavi planlamasında ilk poliçe alınmasını takiben ikinci bir poliçe ilk poliçe başlangıç tarihinden 30 günü aşan bir sürede tanzim edilmiş ise, birbirini tamamlayan poliçeler olarak dikkate alınmaz.

Diş İmplant Planı:

Bu planda standart diş planına göre teminat limitleri ve poliçe geçerlilik süresi değiştirilmiştir. Diğer şartlar ve uygulamalar standart diş planı ile aynıdır. Poliçe tanzim edildiği tarihten itibaren 12 ay süre içinde olabilecek komplikasyonları kapsar.

Göz Planı:

Göz planında, excimer laser, lasik gibi kırılma kusuru cerrahisi, katarakt ameliyatı, ptosis ameliyatı, glokom ameliyatı, retina dekolmanı ameliyatına ilişkin gelişebilecek komplikasyonlar poliçe teminatları içindedir.

Excimer laser ameliyatlarında flep kayması, keratit, flep altına epitel yürümesi, ameliyattan 60 gün sonra yapılan

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 20.01.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

muayenede görmenin 0,75 dereceden fazla bozuk olması;

Katarakta ameliyatında; kanama, gözün delinmesi (perforasyon), lensin kapsülünün yırtılması, kornea tabakasının şeffaflığını yitirmesi, kesi yerinde yanık oluşması, göz içinde katarakta ait parçaların kalması, enfeksiyon, retina ayrılması (dekolman), sarı nokta da ödem, rahatsız ve ağrılı göz, düşük göz kapağı, göz tansiyon hastalığı (glokom) ve /veya çift görme; ameliyattan 60 gün sonra yapılan muayenede görmenin 1 dereceden fazla bozuk olması, arka kapsül opaklaşması;

Ptozis ameliyatında; göz kapağı düşük lüğünün nüks etmesi,

Retina dekolmanı ameliyatında dekolmanın nüks etmesi, göz içine kanama, katarakt ve glokom oluşması;

Glokom ameliyatında konjonktival yırtılma, skleral flep hasarı, vitreus kaybı, santral görme alanı kaybı, dekompresyon retinopatisi, enfeksiyon, bleb sızıntısı, suprakoroidal hemoraji, üveit gibi komplikasyonlar teminat altındadır.

Saç Ekimi Planı:

Saç ekimi planında, sigortalı / hastanın işlem yapan hekimin tavsiyelerine uymaması sonucu (erken dönemde saç tarama ve fırçalaması, saç yıkama prosedürüne uyulmaması, saç ekimi sonrası yapılması gereken bakımların yapılmaması gibi) oluşan komplikasyonlar ve saç ekiminin tutmaması teminat dışındadır.

Tüm bu tavsiyelere uyulmasına rağmen ekilen saç köklerinin tutmaması veya saç cildinde enfeksiyon gelişmesine yönelik yapılacak tedaviler ve tekrar saç ekimi teminat kapsamındadır.

Tazminat talebinin ödenmesi için saç ekimi sonrası tavsiyelere uyulmuş olduğunun doktor raporu ile tespit edilmesi gerekir.

Yapılacak revizyon ekimde, ilk girişimde yapılan ekim adedi üzerinde ekim teminat kapsamı dışındadır.

Cerrahi Planı:

Tüm cerrahi işlemlerde (estetik dahil) ameliyat öncesi hastaya imzalatılmış olan bilgilendirme ve onam formunda yazılı komplikasyonlar teminat altındadır.(Vefat hariç)

Göz ve Kalp Cerrahisi dışında tüm cerrahi girişimler (onkoloji cerrahisi dahil) bu plan kapsamındadır.

Jinekolojik ameliyatlarda sezaryen ile doğum sonrası gelişen komplikasyonlar (kanama, rahim rüptürü gibi erken komplikasyonlar hariç) kapsam dahilindedir .

Bu plan kemoterapi ve/veya radyoterapi uygulamaları ve bunlardan doğan komplikasyonları teminat altına almaz.

Bu plan kapsamında estetik girişimlerde her ameliyat için ayrı poliçe alınmalıdır. Aynı oturumda yapılacak çoklu girişimler için estetik plandan poliçe tanzim edilmelidir.

Estetik Planı:

Estetik ameliyatlarda; yapılan ameliyatın kişisel beğeniye uymaması nedeniyle revizyon talepleri karşılanmayacaktır. Ancak, yapılan ameliyatta başarısız olunması (burun estetiğinde burun ucu düşmesi, eğrilik kalması, nasal septum perforasyonu; göğüs estetiğinde asimetri, düşme, implant delinmesi ve kapsüller kontraktür gibi) sonucu gerçekleşecek revizyonlar teminat altındadır.

Botox uygulamaları poliçe kapsamında değildir. Oluşabilecek komplikasyonlara ilişkin ikincil girişimler poliçe başlangıç tarihinden itibaren 6-12 ay süre ile teminat altındadır. Seçilen plana göre değişebilmektedir.

Bu plan kapsamında bir sigortalıya aynı oturumda yapılan tüm estetik girişimlere ilişkin komplikasyonlar teminat altındadır .

Kalp ve Damar Cerrahisi Planı:

Sigortalının Türkiye’de bulunan bir sağlık kurumunda periferik damar cerrahisi, varis ameliyatı, kalp kapak replasmanı, valvüloplasti , koroner arter by pass cerrahisi, büyük damar replasmanı , doğumsal kalp hastalıkları (ASD, VSD, Aort Koarktasyonu, Fallot gibi) gibi bir ameliyat / girişim sonrası gelişen ilgili ameliyat için tıbbi literatürde belirtilen olası komplikasyon lar teminat altındadır.

7- SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

Bu poliçe sadece Türkiye’de poliçe başlangıç tarihinden sonra yapılan ameliyat / girişim ve tıbbi tedavilerin komplikasyonlarına yönelik tedavilerin Türk iye Cumhuriyeti sınırları içinde aynı sağlık kurumunda yapılması kaydıyla geçerlidir. Sadece Kendi Ülkesinde Müdahale teminatı için Türkiye Cumhuriyeti dışındaki giderler kapsam

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 20.01.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

altındadır.

8-RİSK KABUL DEĞERLENDİRMESİ

Bu poliçeye kabulde herhangi bir risk kabul değerlendirmesi yapılmamaktadır.

9- POLİÇE YENİLEMESİ

Bu poliçede yenileme yapılmamaktadır. (Dış Planı için yapılan uzatma poliçesi hariç)

10- ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Bu poliçede Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması yoktur

11- SİGORTANIN SÜRESİ VE PRİMLER

Poliçe, başlangıç tarihinden itibaren 6 ay (Dış implant ve estetik planı 12 ay) süre ile geçerlidir. Poliçe teminatları poliçe başlangıç tarihinde Türkiye saati ile 0.00 da başlar ve poliçe bitiş tarihinde Türkiye saati ile 00.00 da sona erer. Poliçe primi cinsiyete göre değişmemektedir. 0-69 yaş arası kişiler için primler sabittir. 70 yaş ve üzeri kişiler ek primle sigortalanabilir.

Bu sigortanın teminatları, poliçe priminin tamamının ödenmesi koşulu ve poliçenin tanzim edilmesi ile başlar.

12- SİGORTAYA KABUL VE KONTROL YETKİSİ

Bu sigorta teminatları, yurt dışında ikamet eden ve sağlık turizmi amacıyla Türkiye'ye gelen kişiler için Türkiye'de sağlık turizmi için akredite hastane ve kliniklerde yapılacak ameliyat ve girişimlerin komplikasyonları için geçerlidir.

Bu sigorta 0-75 yaşındaki kişileri teminat altına alır. 70-75 yaş arası kişiler ek primle sigortalanabilir.

Bir tazminat talebi halinde sigortacı, gerek gördüğü hallerde sigortalıyı kontrol muayenesine tabi tutma ve/veya ikinci görüş alma hakkına sahiptir. Sigortacının tarafsız bir hekim tarafından yapılacak ikinci görüş değerlendirmesi sonucunda ortaya çıkan sağlık sorununun standart bir komplikasyon olmayıp hasta / sigortalı uyumsuzluğu kaynaklı olduğunun rapor edilmesi , veya oluştuğu belirtilen komplikasyonun tıbbi literatürde komplikasyon olarak değerlendirilmemesi , girişim öncesi hasta/sigortalıdan alınan onam formunda belirtilmemiş olması halinde tazminat ödemesi yapılmaz.

13- GEÇİŞ İŞLEMLERİ, KAZANILMIŞ HAKLAR

Bu poliçeye kabulde başka bir şirkette bulunan bir sağlık sigortasından geçiş ve hak transferi yapılmaz.

14- PLAN DEĞİŞİKLİĞİ

Sigortalının Türkiye'de göreceği tıbbi / estetik tedavi ve girişimler için aldığı poliçe planı sabittir. Alınan planda belirtilen tıbbi tedaviler dışında bir tedavi yapılacak ise, ilgili plan iptal edilerek uygun olan plandan poliçe tanzim edilir. Planlar arası geçiş yoktur.

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

15.1. Prim Ödenmemesi: Türk Ticaret Kanunu ilgili maddeleri uyarınca; Sigorta primi sigortacı veya acentenin adresinde şirket yetkililerin veya prim tahsiline yetkili acentenin imzasını taşıyan makbuz karşılığında ödenir.

Sigorta priminin tamamının, taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa ilk taksitin (peşinatın) sözleşme yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir. Prim veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz. Sigorta ettiren vadeleri poliçe üzerinde belirtilen taksitleri herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. İlk taksit (peşinat) veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim zamanında ödenmemişse, sigortacı ödeme yapılmadığı sürece sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre vadeden başlar. Prim alacağıın, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

İzleyen primlerden (taksitlerden) herhangi biri zamanında ödenmemişse, 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 borç ödenmemiş ise, sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunu'ndan doğan diğer hakları saklıdır.

Rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 20.01.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir.

15.2.Poliçe İptali: Sigorta ettiren, geçerlilik tarihini belirterek yazılı olarak bildirmesi kaydı ile sigortacıdan işbu poliçenin iptal edilmesini resmen talep etme hakkına sahiptir. Ancak poliçe tanzimini takip eden dönemde Türkiye’de bir tıbbi tedavi gerçekleşmiş ise veya poliçe başladıktan sonra poliçe iptal edilemez, prim iade edilmez. Poliçe kapsamında tazminat ödemesi yapılmış ise poliçe iptal edilemez, prim iade edilmez.

16- SİGORTA ETTİRENİN VEYA SİGORTALININ VEFATI

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının vefatı durumunda ise sigortacı aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar. Sigorta Ettirenin/Sigortalının vefatı durumunda poliçe hükümsüz hale gelir. Eğer sigortalı Türkiye’ye tıbbi tedavi amacıyla gelmeden önce vefat etmiş ise poliçe iptal edilir ve prim sigortalının kanuni varislerine ödenir.

Sigortalının Türkiye’de tıbbi tedavi uygulanmasından sonra vefat etmesi halinde poliçe iptal edilemez, prim iadesi yapılmaz.

Sigortalının tedavi sonrasında vefatı nedeniyle tazminat ödemesi yapılmayacaktır.

17- SİGORTA SÜRESİNİN SONA ERMESİNDEN SONRAKİ TEDAVİLER

Türkiye’de yapılmış ameliyat veya tıbbi girişime bağlı komplikasyonlar sigorta süresinin sona ermesini takip eden dönemde ortaya çıkması halinde teminat dışıdır.

18- RÜCU HAKKI

Sigortacı, sigortalının ameliyat veya tıbbi girişimi sonrasında gerçekleşen sağlık sorunlarının tıbbi malpraktis nedeni olması halinde ilgili sağlık kurumu veya tıbbi müdahaleyi yapan kişi veya kuruluşlara, sigortalını tedavisi, ulaşımı ve konaklaması için ödediği tüm tazminat tutarını rücu etme hakkını saklı tutar.

19- YETKİLİ MAHKEME

Bu sigorta sözleşmesinden doğan anlaşmazlıklar nedeniyle sigortacı aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu yerde sigortacı tarafından açılacak davalarda ise davalının ikametgahının bulunduğu yerde ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemedir.

20- ZAMAN AŞIMI

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün talepler iki yılda zaman aşımına uğrar.

21- TEBLİĞ VE İHBARLAR

Sigortalı bildirimlerini sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık eden acenteye, noter eliyle veya taahhütlü mektupla yapar.

Sigortacı da bildirimlerini sigortalının poliçede gösterilen adresine veya bu adres değişmişse son bildirilen adresine aynı surette yapar.

Taraflara imza karşılığı elden verilen mektup veya telgrafla yapılan bildirimler de taahhütlü mektup hükmündedir.

22- UYARILAR VE BİLGİLENDİRMELER

Sigortalı / Sigorta Ettiren / Lehdar / Hak Sahibi sıfatını haiz olduğunuz sigorta ilişkisinde tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermeniz durumunda, tazminatı eksik alma veya alamama hâlleri ortaya çıkabileceği gibi “Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

23- EKONOMİK YAPTIRIM KLOZU

İşbu hükmün, poliçede imzası bulunan Sigortacı/Reasürörün tâbi olduğu herhangi bir spesifik ulusal kanuna veya mevzuata aykırı olmaması şartıyla; işbu poliçede verilen bir teminatın ya da ödemekle yükümlü olduğu bir hasarın ya da sağladığı bir menfaatin, Sigortacı/Reasürörü Birleşmiş Milletler kararlarına ya da ticari veya ekonomik yaptırımlarına ya da Avrupa Birliği’nin, Birleşik Krallık’ın, Türkiye Cumhuriyeti veya Amerika Birleşik Devletleri’nin cari kanunlarına ve mevzuatına konu olan herhangi bir yaptırıma, yasağa veya kısıtlamaya maruz bırakabilecek nitelikte olduğu takdirde ve ölçüde, hiçbir Sigortacı/Reasürör bir sigorta teminatı vermiş addedilmeyecek ya da bir sigorta tazminatı ödemek veya bir sigorta faydası veya menfaat sağlamak zorunda olmayacaktır.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 20.01.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

24- KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Kişisel verileriniz veri sorumlusu sıfatıyla Ray Sigorta A.Ş. tarafından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Koruması Kanunu kapsamında Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Bilgilendirme Metin’inde sayılan amaçlarla sınırlı olarak işlenecektir. Kanun’un 11. maddesi kapsamındaki haklarınız ve ayrıntılı bilgi için www.raysigorta.com.tr’de yer alan Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Bilgilendirme Metni’ni inceleyebilirsiniz.

25- ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir.

Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 iş günü içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.

Adres: RAY SİGORTA A.Ş. Haydar Aliyev Cad.No:28 TARABYA/İSTANBUL

Telefon: (212) 444 4 729

Faks: (212) 299 48 52