

SAĞLIĞIM RAYINDA SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1- SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı sigortalılar ile Türkiye Cumhuriyeti'nde yerleşik yabancı uyruklu 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, ilgili mevzuat kapsamında; sigortalının tedavisini gerçekleştiren kişi ve kurumlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden, kamu kurum ve kuruluşlarından bilgi alma ve belge talep etme hakkına sahiptir. Ayrıca, sağlık geçmişi ve diğer hususlara ilişkin yazılı soru yöneltebilir.

Sigorta ettiren, sigortalı ve varsa temsilci; kendilerine yöneltilen soruları doğru ve eksiksiz şekilde yanıtlamakla yükümlüdür. Hukuki veya teknik nedenlerle sigortalıya ait bilgilere ulaşılamaması hâlinde, sigorta poliçesi; sigorta ettirenin, sigortalının ve varsa temsilcinin beyanları ile şirketin yazılı sorularına verilen cevaplar esas alınarak düzenlenir.

Sigorta ettiren, sigortalı ve varsa temsilci, sözleşmenin yapılmamasına veya daha ağır şartlarla yapılmasına sebep olabilecek tüm hususları bildirmekle yükümlüdür.

Ray Sigorta, gerekli görmesi hâlinde sigortalının sağlık durumunun tespiti için hekim görüşü talep edebilir. Hekim görüşüne ilişkin masraflar; poliçenin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden veya kamu kurum ve kuruluşlarından temin edilen bilgiler kapsamında

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

düzenlenmesi hâlinde Ray Sigorta tarafından; sigortalı beyanıyla düzenlenmesi hâlinde ise sigorta ettiren veya sigortalı tarafından karşılanır.

Teklifname, tamamlayıcı belgeler ve bilgilendirme metni sözleşmenin ayrılmaz bir parçasıdır.

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 bulundukları 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 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 anafilaktik 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:

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.

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

Coğrafi Bölge:

Sözleşme ile teminat altına alınan sağlık giderlerinin gerçekleştiği ülkedir.

Daimi İkametgah:

Sigortalının poliçesinde belirtmiş olduğu Türkiye sınırları içerisinde bulunan ev adresidir.

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 Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK) 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 dokümanite 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.

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:

Poliçe 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 sağlık durumlarına göre tıbbi risk değerlendirmesi yapılarak kazanılmış hakların içeriği belirlenir. Buna göre hazırlanmış fiyat tanıtımının sigortalı aday 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.

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

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.

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.

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

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 ve Sigorta Şirketi;

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 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.

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

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:

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.

Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret Tarifesi:

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi'nin 6023 sayılı yasasına dayanarak doktorların muayene/tedavi için almaları gereken referans ücretleri saptama amacıyla düzenlenmiş birimler listesidir. Ücretlendirme, belirlenen birimlerin ilgili ilin tabip odalarınca 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 kaydedilmesi 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.

Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret Tarifesi'nde (HUV 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 Sağlık Bakanlığı'na 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. Kesintisiz 10 yıl ve daha uzun sürede sigortalı kalan sigortalılar ve Ömür Boyu

Yenileme Garantisi (ÖBYG) olan sigortalılar için, ömür boyu yatış süresi sınırlaması uygulanmaz.

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 uzmanı 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 HUV (Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı) 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.

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 ayrı 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 ¾'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 **Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret (HUV)** tarifesine göre 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, 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.

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, diyetle 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.

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:

Police 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), police özel ve genel şartları, policede 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 dış protezlerine ilişkin giderler police kapsamı dışındadır.

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

Police 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, tualete 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 Diş Tedavi Teminatı:

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

Sigortalının trafik kazası sonucu diş tedavisi ile ilgili giderleri, T.C Sağlık Bakanlığı'na çalışma ruhsatı verilmiş hastane, klinik ve / veya özel muayenehane açmaya ehliyetli diş 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 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 sigorta'dan 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:

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.

Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri Teminatına Ait Genel İstisnalar:

- 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. Herhangi bir nükleer yakıttan ileri gelen iyonizasyon radyasyonları ya da radyoaktif bulaşmanın veya herhangi 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,
- ☐ Bulunduğunuz 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

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

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.

Hava Ambulansı

Sigortalının hayatını tehdit eden bedeni yaralanma ve ciddi hastalık gibi acil durumlarda sigortalının en yakın uygun donanımlı hastaneye veya sağlık kurumuna kara yolu ile naklinin tıbben sakıncalı olduğu hallerde hava ambulansı kullanımı ile ilgili giderler bu teminattan karşılanır.

Hava Ambulansı masraflarının ödenebilmesi için RAY SİGORTA Medikal ekibi ve tedavi eden doktorun, sigortalının hava yolu ile nakil gereksinimi ve sağlık durumunun hava yolu ile nakline müsait olup olmadığı konusunda hemfikir olması gereklidir.

Hava ambulansının kullanılması için kişinin kara ambulansı ile taşınamayacağına dair doktor raporu olması, kişinin bulunduğu coğrafi alanda tedaviyi yapabilecek yeterli donanıma sahip başka bir sağlık kurumu olmaması ön şartları sonrasında, hava ambulansının gerekliliği ile ilgili son kararı sigorta şirketinin doktoru verir.

İlgili teminat sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir.

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.

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

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.

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, HPV ve grip aşılarının bedelleri ilaç teminat limit ve ödeme oranı dahilinde karşılanır. Sağlık Bakanlığı aşı takviminde belirtilmiş 0-6 yaş arası çocuk rutin aşıları ve bu aşılarla ek olarak 0-6 yaş arası çocukların rotavirüs ve menenjit aşılarına ilişkin giderler poliçede yazılı ilaç teminatı limit ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

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

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 sigortacının 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 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.

Check-up Teminatı (Yıllık) :

18 yaş (dahil) ve üzeri sigortalılar için tıbbi bir talep olmaksızın yılda bir defa içeriği Ray Sigorta tarafından belirlenen check-up masraflarına ait giderler, belirli anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu ile ücretsiz olarak karşılanacaktır. Bu teminat için anlaşma yapılmış kurumlar dışındaki giderler kapsam dışındadır.

Platin ürünlerimizde Platin Check-up Teminatı, Altın ürünlerimizde Altın Check-up Teminatı ve

Gümüş ürünlerimizde Gümüş Check-up Teminatı bulunmaktadır.

Platin Check-up

Dahili Muayene

EKG

Hemogram (18 parametre)

LDL Kolesterol

Açlık Kan Şekeri

Kreatinin

SGOT

SGPT

Total Kolesterol

Trigliserit

BUN

GAMA GT

Sedimentasyon

RF

CRP

Altın Check-up

Dahili Muayene

EKG

Hemogram (18 parametre)

LDL Kolesterol

Açlık Kan Şekeri

Kreatinin

SGOT

SGPT

Total Kolesterol

Trigliserit

BUN

Akciğer Grafi

Gümüş Check-up

Dahili Muayene

Total Kolesterol

Hemogram (18 parametre)

Sedimentasyon

Açlık Kan Şekeri

Kreatinin

SGOT

SGPT

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

Diyetisyen Muayene ve Psikiyatri Muayene Teminatı (Yıllık) :

Bu teminat sadece poliçelerinde Diyetisyen Muayene ve Psikiyatri Muayene Teminatı olan sigortalılar için geçerlidir.

Yılda bir defa Ray Sigorta tarafından belirlenen anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu ile poliçede yazılı ödeme limiti ve oranı dahilinde ödenir.

Yıllık Kontrol Teminatı

40 yaş ve üstü bayanlar için kontrol mamografisi giderleri ile 40 yaş ve üstü erkekler için PSA tetkikleri yılda bir kez %100'lü olarak karşılanmaktadır. Bu teminat için anlaşma yapılmış kurumlar dışındaki giderler teminat kapsamı dışındadır.

C) EK TEMİNATLAR

Aşağıdaki teminatlar ek prim ödeyerek faydalanabilen teminatlardır. Söz konusu ek teminatlar yatarak + ayakta tedavi teminatı mevcut olan sigortalılar için ilave edilebilecektir.

Doğum Ek Teminatı:

Amniosentez, hiperemezis, preeklampsi, düşük, düşük tehdidi, erken doğum, normal doğum, sezaryen, doğum komplikasyonları, lohusalıkla ilgili giderler v.b. poliçede yazılı limit ve iştirak oranınca bu teminattan karşılanır.

Söz konusu doğum teminatı yatarak + ayakta tedavi teminatı mevcut olan sigortalılar için ilave edilebilecektir. Doğum teminatı poliçenin başladığı tarih itibari ile alınabilmekte olup, ara dönemde ek teminat poliçeye eklenememektedir.

Gebelik ile ilgili ayakta tedavi giderleri poliçede yazılı doğum teminatı limit ve ödeme oranı dahilinde ödenir. Hamilelikle ilgili ödenen ayakta ve yatarak tedavi giderleri toplam doğum teminatı limitini aşamaz.

Yeni doğan bebeğin anne hastaneden taburcu olana kadar ortaya çıkabilecek tüm sağlık giderleri (doğuştan gelen hastalıklar hariç olmak üzere doktor takibi, aşı, olası küvöz masrafları, gerekli görülmesi halinde laboratuvar testleri) annenin kalan Doğum Teminatı limitinden karşılanır.

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

Sigortalılığın ilk yılı içerisinde hamileliğin rutin kontrolleri, doğum giderleri ile her türlü kürtaj kapsam dışıdır.

Aile planlaması dışında gerçekleşen tüm kürtaj işlemleri, doğum teminatı limit ve iştirak oranlarınca karşılanacaktır.

Annelik teminatı kapsamına giren harcamalar şirketimizde bu teminatın ilk alındığı tarihten itibaren 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır. Sigortalının bu teminata hak kazanması için doğum teminatlı bir plan satın alması ve bu teminatlı planda bekleme süresi olan 12 ayı doldurmuş olması gerekmektedir. Sigortalının doğum teminatlı ilk yenileme döneminde doğum teminatı ile ilgili limit artışı yapılması halinde seçilen doğum teminatlı planın tarife primine ek prim uygulanır. Doğum teminatlı planda iki yıl yenilemiş ve doğum yapmamış sigortalılar için ikinci yenilemeden sonra limit artırımı için seçilen doğum teminatlı planın tarife primi uygulanır, ek prim alınmaz.

Geçiş poliçelerde, Doğum Teminatı kazanılmış hak olarak kabul edilmez.

Yurt dışında gerçekleşen doğum masrafları, yurt içinde gerçekleşen doğum teminatı limit ve oranları dahilinde ödenir.

Bu ek teminat poliçe süresi sonuna kadar geçerlidir. İlgili poliçe döneminde kullanılmaması halinde sonraki poliçelerde geçerli değildir.

Doğum ek teminatının bulunması ve bekleme süresinin dolmuş olması halinde Tüp Ligasyonu ve Vasektomi hariç sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri Doğum Teminatının %20'si ile limitli olarak karşılanmaktadır.

Diş Tedavi Ek Teminatı: Diş Tedavi Ek teminatının alınması durumunda poliçenin ilk 3 ayından sonra, her türlü protetik tedavi, subperostal ve kemik içi implantasyon, pedodonti ve ortodonti, muayene, diş röntgen filmi, diş tedavileri (dolgu ve kanal tedavisi), diş çekimi, detertraj, çene cerrahisi ve diş eti hastalıkları ile ilgili tedavi harcamaları ile diş hekiminin yazdığı reçetede belirtilen ilaç giderleri, tedavinin, Türk Diş Hekimleri Birliğince belirtilen asgari ücreti aşmaması kaydıyla poliçe sertifikasında yazılı yıllık ödeme limiti ve oranı dahilinde karşılanır.

Gözlük, Lens ve Görme Kusuru Operasyonları Ek Teminatı: Gözlük, Lens ve Görme Kusur Operasyonları Ek teminatının alınması durumunda, poliçenin ilk 3 ayından sonra belirlenen fenni gözlükçülerden alınan miyopi, astigmatizm, hipermetropi ve şaşılık ile ilgili gözlük camı,

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

çerçevesi ve lens giderleri (her türlü temizleyici ve solüsyon ve bakım giderleri hariç) poliçe sertifikasında yazılı yıllık ödeme limiti ve katılım payı dahilinde karşılanır. Poliçenin aralıksız en az iki yıldan beri devam ediyor olması ve üçüncü yıl da ek teminatın alınması halinde, ikinci yılın bitiminden sonraki miyopi, astigmatizm, hipermetropi, şaşılık ile ilgili ameliyat ve lazer tedavileri, Sigorta Şirketi tarafından belirlenen sağlık kuruluşlarında yapılması kaydı ile kapsam dahilinde olacaktır.

4- BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili yatarak tedavi giderleri rahatsızlığın ani veya kaza sonucu (Trafik kazası hariç) olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 6 ay süre ile kapsam dışıdır.

Poliçede sunulan her bir teminat için sadece ilk sigorta döneminde bekleme süresi uygulanır. Aynı plan dâhilinde yenilenen poliçelerde bekleme süresi izleyen dönemlerde uygulanmaz. Bekleme süresinin tamamlanmasından sonra yeni bir şirkete geçildiğinde, yeni şirket tarafından Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK) tarafından belirlenen özel durumlar hariç olmak üzere bekleme süresi uygulanmaz. Bekleme süresi tamamlanmadan yeni bir şirkete geçiş yapıldığı durumlarda, yeni şirketin uygulayacağı bekleme süresinden önceki şirkette geçirilen süre indirilir.

Poliçenin ilk yılında ortaya çıkmış, benign (iyi huylu) her türlü tümoral kitle, polip, lipom, nodül, ben (nevüs), kist ve benzeri kitle lezyonlarının alınması, bademcik (Tonsil) , geniz eti (Adenoid Vejetasyon), kulağa tüp takılması, sinüzit, kulak zarı cerrahisi, her türlü fıtık (kasık fıtığı, mide fıtığı vb.), hemoroid, perianal abse, sfinkterotomi, pilonidal sinüs (kıl dönmesi), fistül, fissür ameliyatları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, 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 ve rahim ameliyatları, adhezyolizis, inkontinans, bartolin kisti ve absesi, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), her türlü disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vb.), Omuz, kalça ve kalça eklemi, dirsek, ayak bileği eklemine yönelik cerrahi girişimler ile diz problemleri (menisküs, tendon, bağlara ait patolojiler ve kondral problemler) karpal ve tarsal tunel sendromları, higroma, trigger finger, omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemler, katarakt, glokom ve tiroid hastalıkları, uyku

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

apnesi nedeni ile yapılacak her türlü cerrahi girişim, uvula elongasyonu, sarkık damak ve benzeri rahatsızlıklar, Multiple Skleroz ve SLE (Lupus), tüm romatolojik hastalıklar, kist hidatik, organ yetmezlikleri, kaza hariç organ nakilleri, divertiküllere bağlı rahatsızlık / hastalıklar, inflamatuvar barsak hastalıkları, tüm kronik hastalıklar (Karaciğer hastalıkları, karaciğer biyopsisi, pankreas, dalak hastalıkları, mide ve yemek borusu, hipertansiyon, diyabet, KOAH, astım, ince ve kalın barsak hastalıkları vb.) ve bekleme süresine tabi rahatsızlıklar/hastalıkların komplikasyonları.Doğum teminatı olan poliçelerde, bu teminattan ödenen tüm doğum, sezeryan, rutin hamilelik kontrolleri, düşükler (5 ay üzerindeki intrauterin ölü fetus hariç) ve bundan kaynaklanan her türlü komplikasyon,

5- TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

1. Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar), 5 yaşına kadar ortaya çıkan kasık fıtıkları, 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, hemoglobin elektroforezi, fenilketonüri testleri, 7 yaşına kadar olan tiroid testleri, yenidoğan işitme testleri, el-bilek grafipleri, inmemiş ve retraktıl testis, polikistik böbrek, veziko üreteral reflü-VUR vb.) (Şirketimizde 5 yıl süre ile aralıksız sağlık poliçesi satın almış ve yenileme garantisi almış sigortalıların, beşinci yıldan sonra yeni teşhis edilen doğuştan gelen hastalıklara ilişkin tazminat talepleri kapsam dahilinde değerlendirilir.) 2. Sigortalı olunmadan önce varolan tanısı konsun ya da konmasın şikayet, 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. (Şirketimizde 10 yıl süre ile aralıksız sağlık poliçesi satın almış ve

yenileme garantisi almış sigortalıların, onuncu yıldan sonra talep edilen bu hastalıklara ilişkin tazminat talepleri kapsam dahilinde değerlendirilir.)

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 (immünoterapi), (Şirketimizde 2 yıl süre ile aralıksız sağlık poliçesi satın almış sigortalıların, ikinci yıldan sonra tanı alması halinde tazminat talepleri kapsam dahilinde değerlendirilir.)Allerji deri testleri,deri prick testleri kapsam dışıdır.
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, poliçe 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, HPV, grip aşısı, Sağlık Bakanlığı aşı takviminde belirtilmiş 0-6 yaş çocuk rutin aşılar ve bu aşılar dışında 0-6 yaş arası çocuklar için rotavirüs ve menenjit aşıları dışında kalan tüm aşılar,
8. İnfertilite ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis , suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.), kalıcı doğum kontrol ameliyatları (tüp ligasyonu, vasktomisi), tıbbi endikasyonu olmayan her türlü kürtaj , doğum kontrol yöntemleri ve bunlarla ilgili ilaç ve araçlar (spiral (aletin kendisi, takılması, çıkarılması), doğum kontrol hapları, tüplerin bağlanması, enjeksiyonlar, deri altı implantlar, kondom spermisid kimyasallar vb) , tedavi amaçlı olsa dahi doğum kontrolü ile ilgili araç, malzeme, her türlü sünnet kapsam dışıdır, (Doğum ek teminatının bulunması ve bekleme süresinin dolmuş olması halinde Tüp Ligasyonu ve Vasktomisi hariç sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri Doğum Teminatının %20'si ile limitli olarak karşılanmaktadır.)

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

9. Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal 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.
- Ray Sigorta'da yenileme garantisi alan sigortalının (Geçiş poliçelerde, Ray Sigorta tarafından yenileme garantisinin kabul edilmiş ve / veya verilmiş olması ve en az 2 yıl üst üste Ray Sigorta sağlık sigortası poliçe sahibi olması halinde 3.yıldan itibaren değerlendirilmektedir.
-) Septum Deviasyonu ve Konka Hipertrofisi rahatsızlık/hastalığına ilişkin rapor, tomografi, grafi vb. belgelerin iletilmesi halinde alınacak ikinci görüş sonrası, septum deviasyonu ve konka cerrahi operasyonunun ödenebilirliğine karar verilmesi durumunda, ilgili teminat limit ve ödeme oranı dahilinde sigorta şirketi tarafından belirlenecek hastanelerde karşılanmaktadır.
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, ıtriyat, 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. Doğum teminatının ilk yılında doğum teminatı kapsamında yer alan tanı hariç tüm sağlık giderleri,
14. Omurga şekil bozuklukları ile ilgili giderler,
15. Gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları,
16. Kaza sonucu organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ve organ/dokuya ait transfer giderleri
17. 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) kapsam dışıdır. Ortopedi branşındaki PRP teminat kapsamında ödenir.

18. 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.,
19. Kilo kontrol bozuklukları, diyet uzmanları, jimnastik salonları, zayıflama, ayak sağlığı 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, obezite tedavisi (xenical, reductil vb. ilaçlar), diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç ve malzemeler ile asteni tedavisi, tedavi amaçlı olsa dahi botox ve ozon uygulamaları, 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,
20. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkol zehirlenmesi, alkollü araç kullanımı, alkolizm ve alkol kullanımı sonrasılabilen kazalar, hastalıklar, yaralanmalar, eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde olabilecek her türlü sağlık giderleri,
21. 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,
22. 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.

23. Lisanslı sporcu olarak profesyonel veya amatör her türlü müsabakaya ve / veya antrenmana katılım sırasında meydana gelebilecek hastalık ve sakatlıklar,
24. Sigortalının lisanslı bir ticari hava taşımacısı tarafından işletilen bir uçakta yolcu olma dışında, havacılık faaliyetlerinde ya da uçuşta yer alması süresince meydana gelen yaralanmalar,
25. Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü ruh ve sinir hastalıkları, geriatrik hastalıklar, psikosomatik hastalıklar, psikoterapi gerektiren durumlar ve ruh ve sinir hastalıklarına ait muayene, tedavi ve ilaç harcamaları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları, Parkinson, Alzheimer,
26. 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.)
27. Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık ve görme tembelliği ile ilgili giderler, konuşma ve ses terapisi,
28. Acil durumlar tanımını dışındaki vakalar için çağrılan ve Sigorta Şirketi bilgisi dışındaki ambulans giderleri,
29. İlgili teminatın alınmaması halinde dış 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,
30. 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,
31. 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,
32. 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.),
33. Varislere yönelik lazer tedavileri, yüzeysel varislere yönelik her tür girişim ve tedavi (Skleroterapi, lazer, radyo frekans vb.),
34. Doktorlardan ve sağlık kurumlarından kaynaklanan hatalı tedavi ve ameliyat neticesi ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle oluşan giderler,
35. Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner VCT Anjiyo ve Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret 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,
36. 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,
37. Robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm giderler,
38. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi vb. nedenlerle alınan sağlık kurulu raporu için yapılan giderler,
39. Normal oda dışındaki odalarda kalınması durumunda, suit ve lüks oda farkı,
40. Vefat halinde cenaze ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.),
41. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalarla ilgili giderler,
42. Sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlardan alınan sağlık hizmeti giderleri ve doktor lisansına sahip olsa dahi aile bireyleri tarafından yapılan tedavi

giderleri, 43. Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejuno- ileostomi, barsak kısaltılması vb.) ,

44. İş yeri hekimlerinin, çalışanların eş ve/veya çocukları için yazmış oldukları ilaç ve/veya tetkiklere ait giderler,

45. 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,

46. Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret Ücret Tarifesi'nde yer almayan her türlü işlem, girişim ve tedavi yöntemi,

47.5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 98/2 maddesi gereğince, sigortalıların ödemek ile yükümlü oldukları katılım payları ödenmez.

48. Türk Ticaret Kanunu'nun 1513. Maddenin 1. fıkrasında yer alan c ve d maddelerince ödenmesi gereken "sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması 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.

49. Anlaşmalı kurumlara ait faturalarda Ray Sigorta A.Ş anlaşma fiyatları üzerindeki işlem fiyatları,

50. Başka bir sigorta şirketinden alınan transfer poliçelerde Annelik Teminatı kapsamına dahil tüm giderler ilk yıl kapsam dışıdır.

51. Poliçenin teminat tablosunda belirtilmeyen haller.

6- COĞRAFİ KAPSAM

İşbu Sigorta Sözleşmesi kapsamındaki teminatlar T.C sınırları içerisinde Şirketin bilgisi dahilinde uygulanmış olmak kaydıyla yurtdışında yapılan tedavilerde geçerlidir.

Sigortacı, Yurtdışında bulunan kuruluşlardan alınan hizmetlerin, teminat dahilinde olması kaydı ile poliçede ve teminat tablolarında belirtilen yurtdışı tedavi teminatı limit ve ödeme oranları dahilinde Sigortalıya geri öder.

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

Ayakta tedaviler aşağıda belirtilen uygulama esasları ve yurtdışı ayakta tedavi teminatı limiti oranı dahilinde tazmin edilir.

Platin Ürün gruplarında;

Poliçede Yurtdışı Ayakta Tedavi teminatının bulunması halinde, sigortalının tazminat talebine ilişkin belgeleri ibrazı ve yapılan inceleme sonrası **Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret** Tarifesinin üç katıyla sınırlı olacak şekilde poliçede yazılı limit, ödeme oranı çerçevesinde tazmin edilir.

Altın Ürün gruplarında;

Poliçede Yurtdışı Ayakta Tedavi teminatının bulunması halinde, sigortalının tazminat talebine ilişkin belgeleri ibrazı ve yapılan inceleme sonrası **Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret** Tarifesinin iki katıyla sınırlı olacak şekilde poliçede yazılı limit, ödeme oranı çerçevesinde tazmin edilir.

Gümüş Ürün gruplarında;

Poliçede Yurtdışı Ayakta Tedavi teminatının bulunması halinde, sigortalının tazminat talebine ilişkin belgeleri ibrazı ve yapılan inceleme sonrası **Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret** Tarifesi ile sınırlı olacak şekilde poliçede yazılı limit, ödeme oranı çerçevesinde tazmin edilir.

Yurtdışında gerçekleşen tedavilerde sigortalı ödemeyi öncelikle kendisi yaparak bilahare evrakları incelenmek üzere Sigorta Şirketine ulaştırır.

92 günden fazla yurtdışında kalınması halinde 92. günden sonra gerçekleşen Yatarak Tedavi Masrafları HUVgeçen hizmetler sigortalının ikamet ettiği ile ait **Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret** Tarifesi ile sınırlı olacak şekilde ve diğer giderler emsal hastanelerde oluşacak ortalama bedel dahilinde Yurtdışı Yatarak Tedavi Teminatı yıllık limit ve iştirak oranı dahilinde karşılanır. Yurtdışında 180 günden uzun kalınan durumlarda 181. Gün ve sonrasında oluşacak tazminat talepleri kapsam dışıdır.

Yurtdışında alınan hizmetler için yurtiçinde Anlaşmasız Kuruluşlar'dan alınan hizmetler için gerekli evrakların aynıları istenir. Bu evrakların İngilizce olması veya Türkçe'ye tercüme edilmesi gereklidir. Gerekli tüm evrakların tam olması ve poliçe kapsamı dahilinde bir sağlık

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

hizmeti karşılığı geri ödeme talep edilmesi halinde giderler faturaların tanzim edildiği tarih itibarı ile ilgili para biriminin T.C Merkez Bankası Efektif Satış Kuru karşılığı esas alınarak teminat limit, iştirak oranı ve Özel / Genel şartlar çerçevesinde Türk Lirası karşılığı üzerinden Sigortalı'ya ödenecektir.

Sigorta Şirketi'nin yapacağı maksimum ödeme poliçede yazılı Yurtdışı Yatarak Tedavi Teminatı / Yurtdışı Ayakta Tedavi Teminatı yıllık limit ve iştirak oranını geçemez.

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 01.01.2026 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 HUV geçen hizmetler HUV 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 HUV katsayısı çerçevesinde tazmin edilir.

Platin Ürün gruplarında;

Yatarak tedavi teminatlarının anlaşmasız sağlık kuruluşlarında kullanılması halinde, sigortalının tazminat talebine ilişkin belgeleri ibrazı ve yapılan inceleme sonrası yapılan tedavi/ameliyat için HUV geçen hizmetler **Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret** Tarifesinin üç katıyla 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 **Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret** Tarifesinin üç katıyla sınırlı olacak şekilde poliçede yazılı limit, ödeme oranı çerçevesinde tazmin edilir.

Altın Ürün gruplarında;

Yatarak tedavi teminatlarının anlaşmasız sağlık kuruluşlarında kullanılması halinde, sigortalının tazminat talebine ilişkin belgeleri ibrazı ve yapılan inceleme sonrası yapılan tedavi/ameliyat için HUV geçen hizmetler **Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret** Tarifesinin iki katıyla 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 **Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret** Tarifesinin iki katıyla sınırlı olacak şekilde poliçede yazılı limit, ödeme oranı çerçevesinde tazmin edilir.

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

Gümüş Ürün gruplarında;

Yatarak tedavi teminatlarının anlaşmasız sağlık kuruluşlarında kullanılması halinde, sigortalının tazminat talebine ilişkin belgeleri ibrazı ve yapılan inceleme sonrası yapılan tedavi/ameliyat için HUV geçen hizmetler **Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı 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 **Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı 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 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.

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

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’ya 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, **Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK)**, SAGMER → Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBM) 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,
- 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,

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

- 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.

Yurtdışı tedavilerde yukarıdaki belgelere ek olarak,

- Sigortalının giriş ve çıkış tarihlerini gösteren pasaport fotokopisi,
- Sigortalı yurtdışı faturalarının ve ilgili rapor ve sonuçların yeminli tercümeden onaylı yabancı dilde ya da yeminli tercümandan onaylı Türkçe Nüshaları ibraz etmekle yükümlüdür.

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.

DOĞUM GİDERLERİ İÇİN

- Doğum raporu,
- Hastaneden alınan dökümlü isme yazılı fatura aslı.
- Tedavi süresince yapılan tetkiklerin sonuçları,
- Sigortalının Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş özel veya resmi bir sağlık kuruluşunda yattığını belgeleyen tıbbi rapor ve çıkış epikrizi,

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

- 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 şekli, 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, ÖBYG (Ömür Boyu Yenileme Garantisi) hakları saklı kalmak kaydı ile 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 (bir) ay içinde yenilenmelidir. Poliçenin (bir) ay içinde yenilenmemesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran yeni bir müşteri olarak kabul edilir.

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

Sigortacı ömür boyu yenileme garantisi kazanmamış olan sigortalılar için ilk 3 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.

Henüz Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanmamış olan 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 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.

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.

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

Sigorta Teminat ve Priminde Değişiklik

ÖBYG (Ömür Boyu Yenileme Garantisi) hakları saklı kalmak kaydı ile 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

Ray Sigorta A.Ş.'de poliçe yenileme dönemleri arasında en fazla 1 aya kadar geçen süreler hariç olmak üzere kesintisiz olarak 3 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş sigortalılar; toplam tazminatların bu süre boyunca alınan toplam primlere oranının %80'in altında olması halinde, sağlık riskleri Sigorta Şirketi tarafından incelenerek ömür boyu yenileme garantisine aşağıdaki şartlar dahilinde hak kazanabilirler.

Ray Sigorta, ömür boyu yenileme garantisi taşıyacak yeni sözleşmenin teminatlarını ve primini tespit edebilmek için geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri de dikkate alır. Sigortalının mevcut veya riskli hastalık ve rahatsızlıklarına, hastalık ek primi, limit ve sigortalı katılım payı uygulayabilir veya bunları teminat kapsamı dışında bırakabilir.

Sigorta bir yıl sürelidir. Ancak sigortanın Ray Sigorta'daki son kesintisiz başlangıç döneminde sigortalı yaşının 60 yaş altı olması, 3 yıl üst üste hiç kesintiye uğratmadan yenilenmesi, azami iyi niyet prensibine aykırı hareket edilmemiş olması ve Sağlık Departmanının dördüncü yıl sigortalanmasını uygun görmesi, 3 yıl boyunca toplam ortalama hasar prim oranının %80 ve altında olması ve Ömür Boyu Yenileme Garantisiyle ilgili farklı bir görüş belirtmemesi durumunda, sigortalı aynı plan ile ömür boyu yenileme garantisine sahip olur. Sigortalıların Ray Sigorta'da Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını kazandıkları tarihten sonra ortaya çıkan hastalıkları, yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmamakta, tazminat prim oranına bağlı olarak ek prim alınmamakta ve söz konusu hastalıklar için hastalık ek primi alınmamaktadır. Yönetmelik kapsamında ÖBYG verildikten sonra "aynı plan" ile yenileme yükümlülüğü bulunmaktadır. ÖBYG öncesinde şirket, sigortalı ile anlaşılan bir plan üzerinden yenileme yapma hakkına haizdir.

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

Sigortacı ilk üç 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. Sigorta Şirketi, Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olan sigortalının ömür boyu yenileme garantisi verildikten sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamını daraltmamakta, teminat limitini düşürmemekte, sigortalı katılım payını arttırmamakta ve sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapmamaktadır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olan Sigortalı'nın başvuru sırasında vermiş olduğu Sağlık beyanında poliçe primi ve/veya sigortalıya ait ek şartlarını değiştirecek gerçeğe aykırılık saptanırsa veya sigortalı olmadan önce varolan beyan edilmemiş bir hastalık veya rahatsızlığının Sigortacı tarafından tespit edilmesi (Bkz. Genel Şartlar madde 6) halinde tespit edildiği tarih itibarı ile Poliçesi iptal edilebilir, ömür boyu yenileme garantisi iptal edilebilir veya tespit edilen hastalık ve / veya rahatsızlık için ek prim, katılım protokolü, üst limit veya istisna uygulanabilir. Bu durumda Ömür Boyu Yenileme Garantisi ilgili hastalık / rahatsızlığa uygulanan istisna, katılım protokolü, üst limit veya ek primle birlikte devam eder. Ek prim uygulaması yerine Sigortalı isterse bu rahatsızlığı / hastalığı ile ilgili istisna uygulanabilir.

Doğum masrafları Ray Sigorta A.Ş tarafından karşılanan sağlık sorunu olmayan yeni doğan bebekler, doğum tarihi itibarı ile 72 saat - 1 ay arasındaki sürede Sigorta Ettiren tarafından Sigorta Şirketi'nin tarifesinde yer alan primin kabul edilmesi kaydıyla sigortalandıkları takdirde, yapılacak risk analizi neticesinde, doğuştan gelen rahatsızlıkları kapsam dışı kalmak şartıyla sigorta başlangıç tarihi itibarıyla ömür boyu yenileme garantisine hak kazanabilirler.

0 - 18 yaş arasındaki çocuklar 1 yıl bekleme sürelerinde, yapılacak risk analizi neticesinde ömür boyu yenileme garantisine hak kazanabilirler.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi bireye özel olarak verilir. Aile bireyleriyle birlikte sağlık sigortası kapsamında olan kişi / kişilerden birisine ömür boyu yenileme garantisi verilmesi, poliçedeki diğer aile bireylerine de yenileme garantisi verildiği anlamına gelmez.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olan sigortalıların bir üst plana / ürüne ve / veya farklı üründen Sağlığım Rayında 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. Değişiklik talebinin uygun görülmesi halinde ömür boyu yenileme garantisinin şartları yeniden düzenlenebilir. Sigortalının ürün değişiklik talebi sırasında ciddi bir sağlık riskinin (kanser, organ yetmezliği, koroner arter hastalığı, vb.) mevcut olması halinde plan / ürün değişikliğine izin verilmez. Sigortalının üst plana / ürüne 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.

Ray Sigorta'da Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunan sigortalının geniş kapsamlı bir plandan daha dar kapsamlı bir plana geçiş talebi olması halinde sigortalının kazanmış olduğu hakları verilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanan sigortalılardan yenileme döneminde alınacak olan maksimum yaş ek primi, bir önceki yılın toplam poliçe primini aşamaz ve bir önceki yıl poliçe için ödenen tutarla yenilenecek dönemde sigortalının poliçenin tarife prim toplamı, maksimum prim olarak sigortalıya sunulabilir. 70 yaşından sonra maksimum ek prim %300'ü geçmeyecektir.

Ömür boyu yenileme garantisi verilen sigortalının son kullandığı ürün yenileme esnasında şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise, ömür boyu yenileme garantisi hakkı saklı tutulmak şartı ile sigortalının da onayı alınarak aynı şartları haiz, yoksa en yakın bireysel tarifelerinden biriyle yenilemesi yapılır.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, Sigortalıya ömür boyu yenileme garantisi sağlanabilmesi için; önceki sigorta şirketinde geçirilen süre dikkate alınarak, poliçe yenileme dönemleri arasında en fazla 1 ayı aşmayan kesintiler hariç olmak üzere en az 3 yıllık sigortalılık süresinin kesintisiz tamamlanmış olması, sigortalının 60 yaşından küçük olması ve bu süre içerisinde ödenen tazminat tutarının toplam prime oranının %80'in altında bulunması gerekmektedir. Bu koşulların sağlanması ve sigortalının sağlık profilini belgelendirmesi üzerine ilgili belgeler sigortacı tarafından değerlendirilir, mevcut duruma göre mevzuata uygun olacak şekilde muafiyet veya ek prim uygulanarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin verilip verilmeyeceğine karar verilir.

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'da bulunan grup sağlık sigortasından ayrılma sebebi işten ayrılma, emekli olma ve boşanma olan, bu durumu belgelenen ve grup sağlık sigorta poliçesi kapsamında ömür boyu yenileme güvencesi koşullarını sağlayarak bu hakkı elde eden kişilerin, Ömür Boyu Yenileme Güvencesi hakkı, gruptan ayrılma tarihlerini takiben 30 gün içerisinde ferdi poliçe satın almaları şartıyla ferdi sigortalı iken de devam edecektir.

10- PRİM TESPİTİ

10.1- Primin Tespitine İlişkin Kriterler

Satışta olan ürünlerin primleri, sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak her bir yaş 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 (**Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı Ücret** Tarifesi'ne bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırma değişimi), özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç fiyatlarındaki değişim, ameliyatlarda kullanılan sarf malzeme fiyat artışı, teknolojiye yeni gelişmelere bağlı olarak karşımıza çıkan yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri), ürün kar / zarar durumu, genel giderler, komisyon payı, portföyün yaşlanması, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görünen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınmaktadır. Ürün fiyatları gerekli görüldüğü durumlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda

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

yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir. Prim tespitine ilişkin kriterlere istinaden yapılan değerlendirmeler sonrası mr Boyu Yenileme Garantisi (BYG) olan sigortalılar da dahil olmak üzere her yaş ve cinsiyete ilişkin tarife priminin 3 katına kadar artış yapılabilir.

10.2- Prime İlişkin Düzenlemeler

Kişilerin primleri, tablo fiyatı üzerinden yapılan indirim ve ek primler ile belirlenir. İlk defa sigortalanacak 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. İlk defa sigortalanacak kişilerde sigorta şirketi tarafından riziko kabul yönetmeliğinde belirlenen oranlarda yeni iş indirimi uygulanabilir.

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 alınan poliçelere veya gruplara verilebilecek özel indirimler veya 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 indirim veya medikal risk değerlendirmesine ek olarak ek prim uygulanabilir.

	P L A N	
Tazminat/Prim Oranı (%)	Ayakta+Yatarak İndirim (%) /Ek Prim	Yatarak İndirim (%) /Ek Prim
0-5	%25 indirim	%10 indirim
6-15	%20 indirim	%5 indirim
16-25	%15 indirim	%5 indirim
26-35	%10 indirim	%5 indirim

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

36-50	%5 indirim	0
51-60	0	0
61-100	0	0
101-150	%50'ye kadar ek prim	%50'ye kadar ek prim
151-200	%75'e kadar ek prim	%75'e kadar ek prim
201 ve üstü	%100'e kadar ek prim	%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.

Henüz Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanmamış olan 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.

Sigortalılığın en az beş yıldan beri kesintisiz devam etmesi fakat sigortalının henüz ömür boyu yenileme garantisi kazanmamış olması ve belirtilen hastalıkların teşhisinin beşinci yıldan sonra konması halinde ek prim, hastalıkla ilgili limit ve/veya katılım protokolü uygulanabilir, ancak istisna uygulanmamaktadır. Her yenilemede uygulanabilecek ek prim oranı bir önceki yılın toplam poliçe primini aşmamak kaydı ile uygulanacaktır.

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 indirim ya da ek prim uygulanır.

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 sigortalanması halinde %10 aile indirimi uygulanmaktadır.

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

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanan sigortalılardan yenileme döneminde alınacak olan maksimum yaş ek primi, bir önceki yılın toplam poliçe primini aşamaz ve bir önceki yıl poliçe için ödenen tutarla yenilenecek dönemde sigortalının poliçenin tarife prim toplamı, maksimum prim olarak sigortalıya sunulabilir. 70 yaşından sonra maksimum ek prim %300'ü geçmeyecektir.

8-17 yaş arası çocuklar sigorta ettiren tarafından prim ödenmesi koşulu ile tek başlarına sağlık sigortası kapsamında sigortalanabilirler.

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 tarifesinde yeralan primin kabul edilmesi ve başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilmesi halinde poliçe başvuru tarihi itibarıyla 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 alınamayacağına 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 doldurdıklarında 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 sigortalıya 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.

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 yıllardan 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, Sigorta Birliği ve Gözetim Merkezi'nden kazanılmış hakları gösteren geçiş bilgilerinin ibraz edilmesi halinde, -sigortacı incelemesinden geçen kazanılmış haklar şirketimiz tarafından da tanınır. Doğum teminatında süre muafiyeti devam eder. Annelik Teminatı kapsamına giren tüm giderler için 12 ay bekleme süresi uygulanacaktır. Doğum teminatında süre muafiyeti, başlangıçta Ray Sigorta A.Ş grup sağlık sigortalısı olup, daha sonra ferdi sigortalı olarak poliçesine devam ettirenler hakkında da geçerlidir. 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 (bir) ay içinde teminat altına alınmaları gerekmektedir. (bir) aylık süreç içerisinde poliçenin tanzim edilmemesi halinde geçiş kabul edilmeyecektir.

Başka şirketten ferdi poliçeye geçmek isteyen sigortalıların toplam sigortalılık süresi 6naydan az ise bekleme süreleri, toplam sigortalılık süresinin 6 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.

Şirket değişikliği ya da daha geniş teminatlar içeren bir sigortaya geçiş halinde, önceki dönemden gelen hastalıklara ait tedavi giderleri, eski sözleşme koşulları çerçevesinde sigorta şirketi onayı sonrası ödenebilir. Sigortalıların bir üst plana / ürüne ve / veya farklı üründen Sağlığım Rayında 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 Sağlığım Rayında 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 sigortalının kazanmış olduğu haklar devam ettirilir.

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

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.

Geçiş yapmak isteyen sigortalının ömür boyu yenileme garantisine sahip olup olmadığına ve bu garantiyi asgari koşulları sağlayarak kazanıp kazanmadığına ilişkin bilgiler Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden temin edilir.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, diğer şirkette ömür boyu yenileme garantisi almış olan sigortalının bu hakkının verilebilmesi için sağlık profilini belgelendirmesi gerekmektedir. Kişinin bilgileri sağlık departmanı tarafından incelenerek mevzuat kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin verilip verilmeyeceğine karar verilir. 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.

Yönetmeliğin 9/A maddesinin dördüncü fıkrası uyarınca şirket geçiş talebinde bulunan sigortalıya Ömür Boyu Yenileme hakkı verilip verilmeyeceği Ray Sigorta'nın değerlendirmesinde olup Ray Sigorta bu konuda yenileme taahhüdü vermemektedir.

Şirketler arası geçiş talebinde bulunan sigortalıya ait gerekli verileri, talebin kendine ulaştığı tarihten itibaren beş iş günü içinde Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne iletmekle yükümlüdür.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, ömür boyu yenileme garantisi almamış olan sigortalının bu hakkının verilebilmesi için diğer sigorta şirketinde geçirmiş olduğu süre dikkate alınarak en az 3 yıllık sigortalılık süresini kesintisiz tamamlaması ve son 3 yıl ortalama Hasar/Prim Oranının

%80'in altında olması kaydıyla sağlık profilini belgelendirmesi sonrası belgeler riziko kabul departmanı tarafından incelenerek risk değerlendirmesi yapılır ve mevcut duruma göre muafiyet, katılım protokolü veya ek prim uygulaması yapılarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin verilip verilmeyeceğine karar verilir.

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

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.

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 sigorta ettiren tarafından düzenlenen poliçenin iptal nedenini ve iptal edilmesi istenilen tarihi içeren iptal bildirim yazısı ekinde poliçe aslı ve sigortalı kartlarını Genel Müdürlüğe 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.

Sigorta ettirenin iptal yapılmasını istediği tarih, şirkete ulaştığı tarihten maksimum bir hafta önce olabilir.

Sigortalılık yılı içinde sigortadan ayrılan/vefat eden kişiye ödenen hasar, muallak hasar, provizyon talepleri vb yok ise şirket, ilgili prim iadesini, iptal tarihinden başlayıp bitiş tarihine kadar olan süre esas alınarak gün esaslı olarak yapar.

Bireysel poliçelerde sigortalıya ödenen hasar, muallak hasar, provizyon talebi vb. varsa iptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, 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 aşmıyorsa 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 : Sigorta ettiren ve sigortalı, sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk otuz gün içerisinde iptal talebinde bulunursa ve bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödenmemişse, ödenen primler beş iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir. 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, sigorta ettirenin fesih talebinde (açıkça yazılmalı). Fesih edilmiş poliçelerin yürürlüğe alınması, sigorta şirketinin onayına bağlıdır.

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 sigortacı tarafından 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 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

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

- Sigortalının sağlık durumunun risk teşkil etmediğinin değerlendirilmesi, sigortalılık sũresi ve satın aldığı riske gũre istenecek diğer ek belgelerin şirkete teslimi.
 - Sağlık Departmanı tarafından istenecek ek bilgi ve belgelerin sunulması, Sigorta ettiren, (poliçe içinde ve poliçenin iptal tarihi ile yũrũrlũęe dũnũř tarihi arasındaki) sağlık başvuru ve beyan formlarında tũm riskleri beyan etmek zorundadır.
- Mevcut tũm riskler için poliçenin yũrũrlũęe alınma şartlarına doktor gũrũřũ ile karar verilir.
- Sağlık beyan formunda beyan edilen rahatsızlıklara gũre poliçe yũrũrlũęe dũndũrũlmeyebilir, istisna konabilir, ũst limit, katılım protokolũ 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 yũrũrlũęe 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 gũn içerisinde daha yũksek teminatlı farklı bir plan satın alınamaz. Bu talep en fazla aynı plan için karşılanabilir ya da daha dũřũk teminatlı bir ũrũn için uygulanabilir. İptal tarihinden 30 gũn sonra yapılacak plan değişikliklerinde sigortalının poliçesi tamamen ilk kez sigortalanıyormuş gibi işlem gũrũr ve geçmişten gelen tũm sigortalılık hakları kaybolur.
- Eksik beyan nedeniyle sigorta şirketi tarafından iptal edilen poliçeler hiçbir şekilde yũrũrlũęe dũndũrũlemezler. Eksik beyanı saptanan kişinin aile bireylerine de daha sonra poliçe açılması Sigortacının onayına tabiidir.

13.2- Vefat Durumu

Sigorta Ettiren / Sigortalının Vefatı 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 gũn esası ũzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin kanuni varislerine iade edilir.

Pol ie ekinde teslim aldığınız bu ūzel şartların sigorta şirketi tarafından yũrũrlũęe alındığı tarih 01.01.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

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 esası 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 esası 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.

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 kişilikler için imza sirküleri gönderilmelidir.