

TAMAMLAYAN SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1- SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı sigortalılar ile Türkiye Cumhuriyeti'nde ikamet eden 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.

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

Bu sigorta, sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sözleşmeli sağlık kuruluşuna ödeyeceği ücretlere ek olarak sigortalının ödeyeceği ilave ücretlerini sadece Ray Sigorta tarafından belirlenmiş kurumlarda geçerli olmak üzere poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.

Sigorta poliçesinin kapsamı ancak Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerli olup, aksi durumda kişilerin poliçe kapsamına alınması söz konusu değildir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) müstahaklığını kaybeden sigortalılar Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası poliçesini devam ettirebilir ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden işlerlik kazanır.

Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar. Prim kredi kartı ile tahsil edilir. Peşin 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 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.

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

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.

2- TANIMLAR

Anlaşmalı Sağlık Kurumu:

Sigortacı adına direk yapılan bir sözleşme ile Sigorta Şirketi'nden poliçe satın almış sigortalı ve bağımlılarına teminatları kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli sağlık kuruluşlarında almayı hak ettikleri sağlık hizmetlerine ek olarak ödeyecekleri ilave ücretleri limitleri dahilinde vermeyi kabul eden ve bu hizmetler karşılığı Sigortacı'dan ödeme alan Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli sağlık kuruluşlarıdır. Planlara göre kapsanan farklı anlaşmalı kurum ağlarına ilişkin bilgiler, poliçe ve teminat tablolarında detaylandırılmıştır. Bu kuruluşlar Sigorta Şirketi'nin web sitesinde mevcuttur. Bu listede değişiklik yapma hakkı Sigorta Şirketi'nde saklıdır.

Anlaşmalı Olmayan Sağlık Kurumu:

Sigorta ettirenin, tercih etmiş olduğu poliçede kapsam dışında yer alan ve SGK ile anlaşmalı olup, Ray Sigorta ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarını ifade eder.

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 bekâr çocukları, üvey çocukları, kanuni yoldan evlat edindiği ve koruyucu aile oldukları çocuklardır.

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.

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:

Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK) tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından Sağlık sigortalarına ilişkin uyulması gereken şartlardır. Genel şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır.

Genel Sağlık Sigortası (GSS):

31/05/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 98.maddesine dayanılarak hazırlanan ve bu kanunun 60.maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

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, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir doktor tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur.

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 ya da özel sektöre ait sağlık kuruluşlarıdır. Bu kapsamda hastane terimi hiçbir zaman kaplıca, fizik tedavi merkezleri, huzurevi, uyuşturucu, alkolizm, zayıflama, well-being (sağlıklı yaşam) center, kozmetik amaçlı hizmet veren kuruluşlar vb. nın 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.

İlave Ücretler:

Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Sosyal Güvenlik Kurumu’na fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden / sigortalılardan alınabilecek fark ücretleridir.

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.

Katılım Payı (Koasürans):

Sigortalının teminatları dahilinde alma hakkına sahip olduğu sağlık hizmetleri karşılığı

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.09.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

kendisinin ödemesi gereken orandır.

Kaza:

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

Kronik Hastalık:

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

Muafiyet:

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

Özel Şartlar:

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

Plan:

Sigortacı tarafından poliçe ekinde verilen teminatlar grubunu oluşturur. Plandan sigortalının kapsam dahilinde alabileceğı sağık hizmetlerini hangi limite kadar, hangi coğrafi bölgede, hangi sağık 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 yükümlölüklerini gösteren belgedir. Sigortacı tarafından imzalanarak Sigorta Ettirene verilir.

Rahatsızlık:

Bir kişinin doktora başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

Sağlık Kurumu:

T.C Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel işletmeler veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, doktor muayenahaneleri gibi kurumlardır.

Sağlık Gideri:

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

Sigorta Başlangıcından Önce Var Olan Beyan Edilmemiş Hastalıklar:

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

Sigortacı ve Sigorta Şirketi:

T.C. kanunları gereği tescil edilmiş ve ruhsat almış sağlık sigortacılığı alanında faaliyet gösteren şirkettir. Sigortacı Sigorta ettiren veya sigortalının olası risklerine karşı teminat satar. Bu sözleşme kapsamında Sigortacı Ray Sigorta A.Ş. 'dır.

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.

SGK Katılım Payı:

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda öngörülen ve hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutarı ifade eder.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT):

Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğdir.

Tazminat:

Sağlık giderlerinin, ilgili sağlık poliçesi, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacı tarafından onaylanan / ödenen tutarıdır.

Teminat:

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

Triyaj Uygulaması:

Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikayetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini ifade eder. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

Yeşil Alan: Ayaktan başvuran, genel durumu itibari ile stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır.

Sarı Alan: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlardır.

Kırmızı Alan: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlardır.

Yenileme:

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

Yenileme Tarihi:

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

Zeyilname:

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

3- TEMİNATLAR

Sigortacı, poliçe süresi içerisinde bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve / veya kuruluşlarda SGK ile anlaşmalı branşlarda oluşacak GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için, SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak poliçede belirtilen teminat, limit, katılım payı ve varsa poliçede tanımlı istisna/lar, Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar doğrultusunda karşılar.

A) YATARAK TEDAVİ TEMİNATI:

Yatarak Tedavi teminatı cerrahi ve dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, küçük müdahale, koroner anjiyografi, evde bakım, suni uzuv, ameliyat malzeme giderlerinden oluşur. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.09.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Bu teminatın Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumları'nda kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- *Sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,
- *Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olması,
- * Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olan hastane ile Ray Sigorta'nın sigortalının tedavi göreceği branş adına Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası anlaşmasının olması,
- *Tedavi talep edilen rahatsızlığın Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Sadece yatarak tedavi planı olan sigortalılar için tetkik amaçlı yatışlar Yatarak Tedavi Teminatı kapsamı dışındadır. Yatarak Tedavilerin Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında yapılabilmesi için en az 48 saat önce Provizyon Merkezi'nden onay alınması gerekir.

Psikiyatrik Rehabilitasyon Teminatı:

Poliçe dönemi içinde ortaya çıkan ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü Psikiyatrik hastalıklar, anksiyete, bipolar bozukluk, şizofreni, depresyon, OKB, kişilik bozuklukları vb. (Parkinson, Alzheimer ve Geriatrik hastalıkları hariç) ve poliçe öncesi olup olmadığına bakılmaksızın eroin, morfin vb. madde bağımlılığı nedeni ile yapılacak yataklı tedavi giderlerinin SGK fark giderlerini teminat altına alır.

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 ağır 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 gerçekleştirilmeden 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.

Bu teminat sadece Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumları'nda geçerlidir.

Yardımcı Tıbbi Malzeme Teminatı:

Sigortalının tedavisini desteklemek amacı ile doktor raporu ile gerekli görülen yardımcı tıbbi malzemeler, koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, ortopedik boyunluk, tekerlekli sandalye (kalıcı sakatlığın raporlandığı durumlarda kapsam dahilindedir) , ortopedik korseler, ortopedik tabanlık, ortopedik bot (rom walker), “alçı terliği” ; buz kesesi , İleostomi-sistostomi-kolostomi torbalarını ve adaptörleri, yanık örtüsü ve bası giysisi, oturma simidi, klozet yükseltici (kalça ameliyatı sonrası) , varis çorabı, nebulizatör, aerochamber bu teminat kapsamında poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Yukarıda sayılanların dışındaki yardımcı tıbbi malzemeler kapsam dışındadır.

Suni Uzun Teminatı:

Poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucunda fonksiyon kaybına

uğramış bir organın tedavisi suni uzuv gerektirirse, suni uzuv giderleri (suni el, kol, bacak, göz ve estetik amaç taşımayan protezler), poliçe özel ve genel şartları, poliçede yazılı ödeme limit ve oranı dahilinde vaka başına ödenir. Sair protezlerde Sigorta Şirketinin ayrıca onayı alınacaktır.

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

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

Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri:

Ray Sigorta'dan sağlık sigortası alan her Sigortalı Ray Sigorta'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 gerçekleştiğı hastanede uygun ekipmanın olmaması durumunda Ray Sigorta'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:

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.09.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

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

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.09.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

suretiyle en kısa sürede gereken yardım yapılacaktır.

Ray Sigorta'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 Sigorta 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 Sigorta'yı haberdar edecektir. Bu haberin verilmemesi halinde, Ray Sigorta ortaya çıkacak masrafları sigortalıya ödememe hakkına sahiptir.

B) AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Sigortalıların hastanede yatarak tedavi görmesi dışında doktor muayene, görüntüleme işlemleri, laboratuvar ve fizik tedavi işlemlerine ilişkin masraflar bu teminat kapsamında değerlendirilir. Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- *Sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,
- *Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olması,
- * Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olan hastane ile Ray Sigorta'nın sigortalının tedavi göreceği branş adına Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası poliçesi anlaşmasının olması,
- * Tedavi talep edilen rahatsızlığın Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

1. Doktor Muayene **
2. Görüntüleme ve Laboratuvar İşlemleri
3. Fizik Tedavi İşlemleri

** 2 ve 3 numaralı maddelerde yer alan teminatlar SGK kuralı gereği tek başlarına kullanılamaz, doktor muayenesi ile kullanılma zorunluluğu vardır.

Fizik tedavi işlemleri bir yıllık poliçe dönemi boyunca maksimum aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans ile sınırlıdır.

Ayakta Tedavi teminatı poliçe dönemi içerisinde maksimum 10 kez kullanım ile sınırlıdır. 10 kullanım sonrası oluşabilecek diğer ayakta tedavi başvuruları kapsam dahilinde değerlendirilmeyecektir.

Her bir muayene işlemi veya sigortalının sağlık kuruluşuna başvurusunda SGK tarafından verilen takip numarasına müteakip istenen diğer işlemler 1 vaka (kullanım) olarak kabul edilir. Ray Sigorta Tamamlayan Sağlık Sigortası Poliçesinde anlaşmalı kurumlar dışında yapılan muayene ve sonrası oluşabilecek tetkik ve tedaviler poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Tazminat ödemesi sigorta şirketi tarafından, doğrudan hizmetin alındığı anlaşmalı sağlık kurumuna yapılacaktır. Bu sebeple mutlaka ürünün geçerli olduğu anlaşmalı kurumdan provizyon alınması gerekmektedir. Anlaşmalı sağlık kurumunda sigortalının provizyon alınmadan yaptığı sağlık giderleri (sonradan ödeme olarak gönderilen sağlık giderleri), anlaşmalı olsa dahi tercih edilen ürüne ait il dışındaki sağlık kurumları ve bu ürüne özel anlaşma yapılmamış sağlık kurumlarında yapılan sağlık harcamaları karşılanmayacaktır.

Online Psikolog Görüşmesi

Sigortalılar yılda 3 kez ücretsiz, 3 kez de katılım paylı olarak online psikolog hizmetinden yararlanabilirler. Hizmet talepleri sigortalının belirleyeceği platform(mobil uygulama, internet sitesi vb.) üzerinden uzman psikologlardan 7 gün 24 saat randevu alınarak, online görüşme olarak sağlanmaktadır. Görüşme, online platform üzerinden görüntülü olarak yapılır ve sigortalılar ile uzman psikologlar arasındaki iletişim uzman psikolog ile sigortalının sorumluluğunda olup görüşmelerin içeriğinden sigortalının sorumluluğu bulunmamaktadır. Uzman psikolog ile görüşme 45 dakika olup, branş uzmanlarının uygunluğu ve inisiyatifi doğrultusunda görüşme süreleri uzatılabilmektedir. Görüşmede kişilerin gündelik hayatlarında karşılaştıkları sorunlarla ilgili psikolojik danışmanlık verilmektedir. İlgili görüşmeler sigortalı ile uzman psikolog arasında gerçekleşeceğinden hizmet alımında farklı bir iletişim tarafı yer almayacaktır.

Uzman Psikolog ile yapılacak görüşmeler danışmanlık niteliğinde olup, acil durum yönetimi, reçete yazımı, tedavi etme hizmetlerini içermemektedir.

Kullanım koşulları ile ilgili daha detaylı bilgiye www.raysigorta.com.tr web sitemizden ulaşabilirsiniz.

Check-up Teminatı:

Sigortalı ve/veya sigorta kapsamına dahil edilen kişiler talep etmeleri durumunda hiçbir rahatsızlık olmadan ya da belirli bir hastalığı düşündürmeyecek kadar hafif önemsiz şikayetlerde yapılan sağlık taramasından (check-up tan) geçirilecektir. Check-up hizmetinde aşağıda belirtilen hizmetler sunulacak ve işlemler sonucu elde edilen kişiye özel sağlık bilgisi sigortalı ile paylaşılacaktır:

Check-up hizmetinin sunulacağı anlaşmalı kurum bilgileri Ray Sigorta tarafından belirlenmekte olup, planlanan tarihten en az 2 gün önce Ray Sigorta web sitesi (www.raysigorta.com.tr) üzerinden veya çağrı merkezinin aranarak mutabık kalınan kurum ve gün bilgisi ile randevu organizasyonun yapılması istenmelidir. Check-up Teminatı yılda bir defa belirli anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu ile ücretsiz olarak karşılanacaktır.

09.08.2024 tarihinden sonra düzenlenen poliçelerde geniş checkup paneli geçerli olacaktır.

CHECK-UP
Doktor Değerlendirme
Akciğer Grafisi (Tek Yönlü)
EKG
Tam Kan Sayımı (18 parametre)
Tam İdrar Tahlili
Sedimentasyon
Açlık Kan Şekeri
Total Kolesterol

GENİŞ CHECK-UP
Doktor Değerlendirme
Akciğer Grafisi (Tek Yönlü)
Ultrason
EKG
Tam Kan Sayımı (18 parametre)
Tam İdrar Tahlili
Sedimentasyon
Açlık Kan Şekeri
Total Kolesterol
AST ve ALT
Magnezyum
Vitamin D3
Vitamin B12

Diş Teminatı:

Diş paketi kapsamında yer alan işlemler yılda bir defa belirli anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu ile ücretsiz olarak karşılanacaktır. Diş Teminatı hizmetinin sunulacağı anlaşmalı kurum bilgileri Ray Sigorta tarafından belirlenmekte olup, planlanan tarihten en az 2 gün önce Ray

Sigorta web sitesi (www.raysigorta.com.tr) üzerinden veya çağrı merkezinin aranarak mutabık kalınan kurum ve gün bilgisi ile randevu organizasyonun yapılması istenmelidir.

DİŞ PAKETİ
Dolgu söküümü (tek diş)
Yerel flour uygulaması (Tam Çene)
Detertraj (diş taşı temizliği - alt ve üst çene)
Düşmüş kuron ve köprü simantasyonu (her sabit üye için)
Okluzal aşındırmalar (alt ve üst çene)
Okluzyon düzeltilmesi (iki çene)
Bite - wing radyografi
Diş röntgen filmi (periapikal-tek diş)
Diş hekimi muayenesi
Konsültasyon
Kontrol hekim muayenesi
Lokal anestezi (enjeksiyon - infiltratif)
Lokal anestezi (rejyonal)
Oral hijyen eğitimi
Teşhis ve tedavi planlaması
Uzman dişhekimi konsültasyonu
Uzman dişhekimi muayenesi
Vitalite Kontrolü
Dolgu (Tek Diş İçin)

Doğum Ek Teminatı:

Sigortalılığın 6 ayı 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 şirketimizdeki ilk sigortalanma tarihini takip eden 6 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır. İlk poliçe yılında; 6 aylık bekleme süresi sonunda sadece annelik rutin kontrol teminatına ait giderler kapsam içinde olup, ilk yıl poliçesinde doğum eylemi karşılanmamaktadır. Sigortalının bu teminata hak kazanması için ilk yıl doğum teminatlı bir plan satın alması ve doğum eyleminin ilk poliçe yılında

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.09.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

gerçekleşmemesi halinde yenileme döneminde doğum teminatı içeren bir plan satın almaya devam etmesi gerekmektedir.

Teminatlarımıza isteğe bağlı olarak doğum teminatı eklenebilmektedir.

Söz konusu doğum teminatı yatarak ve 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.

Doğum Ek Teminatının alındığı poliçelere ilişkin iptal taleplerinde Ray Sigorta tarafından yapılacak değerlendirme neticesinde poliçenin prim iadesi yapılıp yapılmayacağına karar verilir.

Gebelik süresince yapılacak rutin incelemeleri (Kan Sayımı, Açlık Kan Şekeri, Kan Grubu, İndirekt Coombs Testi, Hepatit B, Taşıyıcılık Testi, Mikrobik Testler, İdrar Tahlili, Tarama Testleri, Ense Kalınlığı Ölçümü ve Birinci Trimestr Tarama ve Üçlü Tarama Testi, Dörtlü Tarama Testi, Amniosentez, Şeker Yükleme Testi, Ultrasonografi ve NST), hiperemezis, preeklampsi, düşük, düşük tehdidi, doğum komplikasyonları ve doğum eylemini (normal veya sezeryan (Genel Anestezi altında)) kapsamaktadır.

Doğum teminatı kapsamında yer alan doğum eylemi dışındaki rutin kontrol ve incelemeler 6 aylık bekleme süresinin dolmuş olması halinde ayakta tedavi teminat kapsamı olan yıllık 10 kez kullanım limitinden düşecektir. Gebelik süresince yapılacak rutin kontrollerde her bir muayene ve sonrasında yapılacak tetkikler 1 kez olarak değerlendirilecektir. Ayakta tedavi teminatı olmayan poliçelerde rutin kontrol ve incelemeler kapsam dışıdır.

Doğum eyleminin (Sezeryan veya Normal Doğum) lokal ve / veya genel anestezi dışında günün koşullarına uygun farklı yöntem / tekniklerle yapılması durumunda standart Normal Doğum / Sezeryan Doğum bedeli ödenecek olup ve oluşacak fark sigortalı tarafından karşılanacaktır.

Ray Bebek Uygulaması:

Bu uygulama yalnızca 01.09.2026 tarihi ve sonrasında doğan bebekler için geçerlidir.

Sigortalının poliçesinde Doğum Teminatı bulunması ve bu teminattan yararlanmaya hak kazanmış olması koşuluyla; poliçe süresi içerisinde doğan bebekler için, doğumu takip eden en az 72 saatlik sürenin tamamlanmasından sonra ve doğum tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde, doğum belgesi ile eksiksiz doldurulmuş ve imzalanmış başvuru/beyan formunun Sigortacıya iletilmesi suretiyle başvuruda bulunulabilir.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.09.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilmesi ve şirket tarifesinde yer alan primin kabul edilmesi koşuluyla bebek, doğum tarihi itibarıyla poliçeye dahil edilir ve Ray Bebek olarak kabul edilir.

Ray Bebek olarak kabul edilen bebeklerin poliçeye girişinde;

- Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilir.
- Tedaviler için öngörülen sözleşmede belirtilen bekleme süreleri uygulanmaz.
- Doğuştan gelen hastalık ve rahatsızlıklar, sigorta başlangıç tarihinden itibaren poliçe teminat, limit, katılım payı ve ödeme oranları kapsamında karşılanır.
- Hastalık ek primi uygulanabilir.
- Prematüriteye bağlı giderler ile yenidoğan yoğun bakım ve kuvöz giderleri karşılanmaz.
- Herhangi bir hastalık bulgusu veya tıbbi gereklilik bulunmaksızın, genetik hastalıklar, genetik taramalar, taşıyıcılık testi, genetik tetkik ve incelemeler karşılanmaz.

Doğum tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde Sigortacıya bildirim yapılmayan veya poliçe kapsamına dahil edilmeyen bebekler, Ray Bebek olarak kabul edilmez. Bu bebeklerin sigortaya kabulünde, başvuru tarihinde geçerli olan standart yeni giriş ve risk değerlendirme kuralları uygulanır.

Poliçenin iptal edilmesi, kesintiye uğraması veya Doğuştan Sigortalı Bebek uygulaması bulunmayan bir ürüne ya da plana geçiş yapılması durumunda bu uygulama kapsamında verilen haklar sona erer. Sonraki poliçe taleplerinde söz konusu haklar yeniden veya geriye dönük olarak verilmez.

Başka bir sigorta şirketinde doğuştan sigortalı bebek veya benzeri bir statü kapsamında kazanılmış haklar, bu poliçeye geçişte kazanılmış hak olarak kabul edilmez ve devralınmaz. Başka bir sigorta şirketinden geçiş yapan bebek ve çocukların sigortaya kabulünde, önceki sigorta şirketindeki sigortalılık başlangıç tarihi veya doğuştan sigortalı bebek statüsüne bakılmaksızın, Sigortacının başvuru tarihinde geçerli olan standart yeni giriş ve risk değerlendirme kuralları uygulanır.

4- BEKLEME SÜRELERİ

Kırmızı alan durumları haricinde, ilk sigortalanma tarihinden sonra ortaya çıkan ve yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler ile ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi, rehabilitasyon ve endoskopik işlemler ile ilgili giderler; rahatsızlıklar için 3 aylık bekleme süresi uygulanır.

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.

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 6 ay süre ile kapsam dışıdır. Doğum teminatı kapsamındaki tüm giderler Doğum Ek Teminatının alındığı ilk altı ay teminat kapsamı dışındadır.

İlk poliçe yılında; 6 aylık bekleme süresi sonunda sadece annelik rutin kontrol teminatına ait giderler kapsam içinde olup, ilk yıl poliçesinde doğum eylemi karşılanmamaktadır. Sigortalının bu teminata hak kazanması için ilk yıl doğum teminatlı bir plan satın alması ve doğum eyleminin ilk poliçe yılında gerçekleşmemesi halinde yenileme döneminde doğum teminatı içeren bir plan satın almaya devam etmesi gerekmektedir.

5- TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

1) Başvuru / beyan formunda beyan edilmiş olsa ve tanısı ileri yaşıta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar), prematüriteye ait giderler (kuvöz bakımı vs.) , motor ve mental gelişim bozukluğu (büyüme ve gelişme geriliği/ileriliği vb) ile ilgili rutin veya spesifik her türlü tetkik ve tedavi gideri (Örn: genetik testler, her tür karyotip araştırması, hemoglobin elektroforezi, fenilketonüri testleri, yenidoğan tiroid testleri, 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) Başvuru / beyan formunda beyan edilmiş olsa dahi sigortalı olunmadan önce var olan

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) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı durumda meydana gelen sağlık giderleri,
- 4) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
- 5) SGK ile anlaşması olmayan sağlık kurumlarında ve / veya SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında ve / veya SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü gider,
- 6) Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri,
- 7) 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,
- 8) Alerjik hastalıklara yönelik aşı tedavileri (immünoterapi), deri prick testleri,
- 9) Dünya Sağlık Örgütü veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklar (kolera, sıtma, kuş gribi, domuz gribi 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,
- 10) Telenjektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi), estetik amaçlı enjeksiyonlar, nazal valv ile ilgili girişimler, burun estetiği, meme büyütme, küçültme ve estetik operasyonları (meme kanseri sonrası uygulanan estetik tedaviler hariç), aksesuar meme cerrahisi, yağ aldırma (liposuction), karın estetiği (abdominoplasti), yüz gerdirme, göz kapağı ve çevresi estetiği, saç dökülmesi ile ilgili tedaviler, saç ekimi, deri kurumasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti-aging) tedaviler gibi her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin

giderler,

11) İlaçlar, tetkikler için kullanılan kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri, yardımcı tıbbi malzemeler, koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, boyunluk, tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi ve her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderler, enjektör, ıtriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar, termofor, cilt sabunları, diş macunları, ısıtma cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb., 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, termometre, sargı bezi, steril eldiven,

12) İnfertilite ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis , suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması vb.), kalıcı doğum kontrol ameliyatları (tüp ligasyonu, vasktomisi), aile planlaması amacı ile yapılan ve tıbbi endikasyonu olmayan her türlü kürtaj , düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler, spiral (aletin kendisi, takılması, çıkarılması), tedavi amaçlı olsa dahi doğum kontrolü ile ilgili araç, malzeme, tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimoziş vb.),

13) Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (Septum deviasyonu (SMR), Septoplasti, her tür konka cerrahisi, nazal valv operasyonları) uyku apnesi, horlama nedeniyle yapılan tüm tetkik, tedavi ve girişimler,

14) Omurga şekil bozuklukları ile ilgili giderler (kifoza, skolyoz vb)

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

16) Psikososyal nedenlerle kullanılan meme ve penil protez vb. giderleri,

17) 6 aylık bekleme süresince gebeliğe ait doğum teminatı kapsamında yer alan tüm sağlık giderleri,

18) Doğum eyleminin (Sezeryan veya Normal Doğum) lokal ve / veya genel anestezi dışında günün koşullarına uygun farklı yöntem / tekniklerle yapılması durumunda standart Normal Doğum / Sezeryan Doğum bedeli ödenecek olup ve oluşacak fark sigortalı tarafından karşılanacaktır.

19) Göz kayması, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili her türlü tetkik tedavi giderleri ile kırma kusurları (miyop, astigmat vb) için yapılan cerrahi girişimler, gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları,

20) Fizik tedavi işlemleri bir yıllık poliçe dönemi boyunca maksimum aynı bölgeden

toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans ile sınırlı olup, iki farklı vücut bölgesinden 30'ar seans olmak üzere yıllık 60 seansı aşan fizik tedavi giderleri,

21) Kaza sonucu organ naklinde ve kan transfüzyonunda, organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ve organ/dokuya ait transfer giderleri, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanması ilişkin giderler,

22) 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)

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

24) Kilo kontrol bozuklukları, diyet uzmanları, jimnastik salonları, zayıflama, estetik ve alternatif tıp merkezleri ile lazer merkezleri vb. ilgili giderler ile bu merkezlerden alınan her tür muayene, tetkik ve tedavi faturaları, rehabilitasyon tedavi merkezlerindeki tedavi giderleri, kaplıca merkezlerindeki tedavi giderleri (fizik tedavi dahil) , masaj masrafları, çamur banyoları masrafları, obezite tedavisi, metabolik sendrom (xenical, reductil vb. ilaçlar), diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç ve malzemeler ile asteni tedavisi, well-being merkezleri, anti-aging uygulamaları için yapılan her tür tetkik, takip, girişim ve ilaç bedelleri (Homosistein, DHEA, GH vb.), kozmetik amaçlı hizmet veren kuruluşlar,

25) Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar, eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde olabilecek her türlü sağlık giderleri,(madde bağımlılığı için uygulanacak yataklı rehabilitasyon giderleri, psikiyatrik rehabilitasyon teminat limitleri doğrultusunda kapsam içindedir.)

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

27) 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.) ile spor müsabakaları ve yarışlar (her tür spor karşılaşması, otomobil, motosiklet yarışları vb.) sırasında meydana gelebilecek her tür sağlık giderleri, Lisanslı sporcu olarak profesyonel veya amatör her türlü müsabakaya ve / veya antrenmana katılım sırasında meydana gelebilecek hastalık ve sakatlıklar

- 28) Kullanım türüne bakılmaksızın motosiklet kullanımı ve kazalarından doğabilecek tüm sağlık giderleri,
- 29) Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü ruh ve sinir hastalıkları, her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikoterapi gerektiren durumlar ve ruh ve sinir hastalıklarına ait muayene, tedavi ve ilaç harcamaları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları, Parkinson, Alzheimer ve Geriatrik hastalıklar, (Psikiyatrik rahatsızlıklar için uygulanacak yataklı rehabilitasyon tedavi giderleri, Psikiyatrik Rehabilitasyon Teminat limitleri doğrultusunda kapsam içindedir.)
- 30) Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, 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, peyroni hastalığı, sifiliz, gonore, genital herpes, kondiloma accuminata, genital siğiller, anal papillomatöz lezyonlar vb. veneryal hastalıklara ait her tür tarama testi, tetkik ve tedavi gideri (VDRL ,TPA vb.)
- 31) Konuşma ve ses terapisi,
- 32) Diş rahatsızlıkları ile ilgili tüm tedavi giderleri (muayene, ilaç, röntgen, diş ve diş eti ameliyatları, her türlü ortodonti ameliyatları), diş hekimleri ve çene cerrahlarının yaptığı her tür tetkik, tedavi ve bu hekimlerce yazılan tüm reçeteler ile bu tedavi ve girişimlerin her türlü komplikasyonları
- 33) 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,
- 34) Belli bir semptom veya hastalığa bağlı olmayan inceleme ve tedaviler (tarama testleri, aşılama kontrol testleri, viral markerlar, portör tetkikleri vb), check-up giderleri ve yıllık kontrol mamografileri, smear ve PSA testleri vb. rutin taramalar,
- 35) 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri,
- 36) Yurtdışında gerçekleşen ilaç masrafları ve her türlü sağlık gideri, yurtdışından

getirilecek olan her türlü ilaç,

37) Yol, gündelik iş görememe, gündelik bakım, rehabilitasyon, check up (Sigorta Şirketi tarafından belirlenen check-up hariç) , ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları ve özel harcamalar,

38) 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,

39) Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar.

40) Yeni doğan bebek masrafları,

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

42) Koroner Arter Kalsiyum Skortlama Testi, Koroner VCT Anjiyo ve Türk Tabipler Birliğı Asgari Ücret Tarifesi'nde EBT (Elektron Beam Tomografi) konu başlığı altında geçen tüm tetkikler, sanal anjiyo ve sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,

43) Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri için 10.000 TL üst limiti aşan giderler,

44) Yöntem, tür, miktar, kullanım süresi Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından belirlenmiş işlemler, yatarak tedavilerde sağlık kurumu tarafından temin edilerek Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen malzemeler (Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri için 10.000 TL üst limiti aşan giderler maddesi dikkate alınarak), yatarak tedavide kullanılan ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nca karşılanmayan sağlık hizmetleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

45) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nca karşılanmayan tüm giderler ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nca karşılanan ancak Sağlık Sigortası Özel ve Genel Şartları kapsamı gereğı kapsam dahilinde olmayan tüm giderler,

46) Poliçenin teminat tablosunda belirtilmeyen haller.

47) Doğum Ek Teminatının sadece yatarak tedavi teminatını içerir poliçeye ek olarak alınması halinde gebelik rutin kontrol ve incelemeleri kapsam dışıdır.

6- TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları Uygulamaları

Police teminatları anlaşmalı kurumlarda policede belirtilen limit ve iştirak oranlarınca kullanılmaktadır. Teminat limiti ve iştirak oranını aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir.

Ray Sigorta A.Ş.'nin iş bu police için geçerli anlaşmalı kurumları listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.raysigorta.com.tr adresinde yer almaktadır. Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları ile Ray Sigorta arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur.

Tazminat ödemesi sigorta şirketi tarafından, doğrudan hizmetin alındığı anlaşmalı sağlık kurumuna yapılacaktır. Bu sebeple mutlaka ürünün geçerli olduğu anlaşmalı kurumdan provizyon alınması gerekmektedir. Anlaşmalı sağlık kurumunda sigortalının provizyon alınmadan yaptığı sağlık giderleri (sonradan ödeme olarak gönderilen sağlık giderleri), anlaşmalı olsa dahi karşılanmayacaktır.

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

Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları arasında yer alması, bu kişi veya kurumların Ray Sigorta tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kişi veya kuruluşların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Ray Sigorta tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir hal / durumda Ray Sigorta'nın sorumluluğuna gidilemez.

Sigortalıların, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 68. maddesi uyarınca ödemekle yükümlü oldukları SGK katılım payları teminat kapsamı dışındadır ve bu tutarlar sigortalı tarafından karşılanır. Bu kapsamda sigortalı başvuruda bulunduğu anlaşmalı sağlık kuruluşuna sigortalı olduğunu belirtmek ve SGK katılım payını ödemekle yükümlüdür.

Anlaşmasız Sağlık Kuruluşları Uygulamaları;

Geniş NW Planlarında Ayakta tedavi ve Doğum Teminatı kapsamındaki giderler hiçbir şekilde karşılanmaz. SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastanelerde / branşlarda gerçekleşen sağlık giderleri police kapsamında değildir.

Geniş NW Planlarında SGK ile anlaşmalı herhangi bir hastanede gerçekleşmiş ve GSS

kapsamında onaylanmış Yatarak Tedavilere ait fark faturaları poliçede belirtilen anlaşmasız sağlık kuruluşu limiti olan 1 SUT dahilinde değerlendirilmektedir.

Sınırsız NW planlarında; Anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık harcamaları (Ray Sigorta Tamamlayıcı Anlaşması olmayan sağlık kurumlarında SGK kullanımı şartı ile gerçekleşen) Sigortalının elden alacağı faturalar için sigortalıya yatarak ve ayakta tedavilerde 4 SUT kadar ödeme yapılacaktır.

Tamamlayıcı poliçelerde sigortalı tarafından ödenen faturalara ait geri ödeme süreçleri (elden hasar) için aşağıdaki gibi olacaktır. **Doğum teminatına ait giderler uygulama dışındadır.**

- Anlaşmalı sağlık kurumlarına ait hizmetlerde kurumla olan sözleşme rakamları kadar geri ödeme yapılır.
- Anlaşmasız sağlık kurumlarına ait hizmetlerde ise;

1. Anlaşmasız kurum ayakta tedavi giderleri (muayene, laboratuvar, radyoloji, fizik tedavi, endoskopi, ileri tetkikler vb) Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT Tarifesi) 4 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır. (Vaka başı 1.000 TL ‘ye kadar olan ayakta tedavi faturasında 4 SUT hesaplaması yapılmaz, sigortalı katılımı olmadan Ayakta Tedavi hakkından düşer)

2. Sosyal Güvenlik Kurumu şartı gereği ayakta tedavilerde doktor muayene ve diğer tanı işlemlerinin tümünün aynı kurumda yapılması gerekmektedir

3. Anlaşmasız kurum, Ameliyat /küçük müdahale (paket hizmetler) giderleri; Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT Tarifesi) 4 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır.

4. Özellikli malzemelerde SUT Tarifesi’nin x 0,25 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır.

5. Anlaşmasız kurum medikal yatış giderleri; Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT Tarifesi) 4 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır. (Günlük 1.000 TL ‘ye kadar olan yatarak medikal yatış faturasında 4 SUT hesaplaması yapılmaz, sigortalının yatarak tedavi teminat limitinden düşer) Genel Sağlık Sigortası’nda “İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri” maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri kapsam dahilinde değildir. İlave ücret alınmayan sağlık hizmetleri aşağıdaki gibidir. Ancak Genel Sağlık Sigortası’nda “İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri” değiştiği takdirde aşağıdaki liste de aynı şekilde değişecektir.

- Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,

- Kanser tedavisi (radyotetapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yeni doğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve hücre nakilleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Diyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri,

7- TAZMİNAT ÖDEMESİ

Tazminat Talebi ve Ödeme İşlemleri

Her sağlık harcamasında Tazminat Talep Formunun ilgili doktor tarafından doldurularak ve / veya tazminat talep formunda yer alan tüm bilgileri içerir hekim raporu ekinde faturalar ve diğer ilgili belgelerin asılları ile Ray Sigorta'ya gönderilmesi gerekmektedir. Bir tazminatla ilgili tüm belgeler birlikte gönderilmeli ve her türlü tetkik, tahlil, röntgen, ilaç vb. harcamaların doktor talebine istinaden yapıldığı belgelenmelidir. Tazminat evraklarının Sigorta Şirketi'ne tazminatın gerçekleştiği tarihten itibaren en geç 60 gün içerisinde iletilmesi gerekmektedir.

Fatura ekinde;

GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü, (E-Devlet, Tedavi Bilgileri Sorgulama Dökümü)

Yatış / Ameliyat epikrizi, anamnez raporu, aptoloji raporu vb.

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. 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.

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

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)**, 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.

8- SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE SÖZLEŞMEDE YENİLEME GARANTİSİ 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 1(bir) ay gün içinde yenilenmelidir. Poliçenin 1(bir) ay içinde yenilenmemesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran yeni bir müşteri olarak kabul edilir.

Sigortacı ilk üç poliçe yılı boyunca her yenileme döneminde Sigorta Ettiren / Sigortalı'ya risk 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 veya hastalık limiti 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 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 Kanunun 1435 ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6. Maddesi uyarınca poliçe sigortacı tarafından feshedilebilir veya bu rahatsızlık, hastalıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya ek prim alınarak poliçe devam ettirilebilir.

Sigorta Teminat ve Priminde Değişiklik

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

Poliçe yenileme dönemleri arasında en fazla bir aya kadar geçen süreler hariç olmak üzere

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.09.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

kesintisiz olarak üç yıllık sigortalılık süresini doldurmuş olan sigortalılar; sağlık riskleri Ray Sigorta tarafından incelenerek aşağıdaki şartlar dahilinde Ray Sigorta tarafından mevzuata uygun olarak belirlenecek teminat, ek prim, sigortalı katkı payı ve muafiyet uygulamaları ile ömür boyu yenileme garantisine hak kazanırlar.

Ray Sigorta, ömür boyu yenileme garantisi içerecek ilk sözleşmenin teminatlarını ve primini tespit edebilmek için geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumu ve bu durumdaki gelişmeleri de dikkate alır. Ray Sigorta, sigortalının mevcut veya riskli hastalık ve rahatsızlıklarına, hastalık ek primi, limit veya sigortalı katılım payı uygulayabilir veya bunları teminat kapsamı dışında bırakabilir.

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. Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği kapsamında ÖBYG verildikten sonra "aynı plan" ile yenileme yükümlülüğü bulunmaktadır. ÖBYG öncesinde Ray Sigorta, sigortalı ile anlaşılan bir plan üzerinden yenileme yapma hakkını haizdir. Ray Sigorta, 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.

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

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olan Sigortalı'nın sigortalanmadan önce var olan beyan edilmemiş bir hastalık veya rahatsızlığının Ray Sigorta tarafından tespit edilmesi (Bkz. Genel Şartlar madde 6) halinde tespit edildiği tarih itibarı ile poliçesi iptal edilebilir, ÖBYG iptal edilebilir veya tespit edilen hastalık ve / veya rahatsızlık için ek prim, üst limit veya istisna uygulanabilir. Bu durumda Ömür Boyu Yenileme Garantisi ilgili hastalık / rahatsızlığa uygulanan istisna, üst limit veya ek primle birlikte devam eder. Ek prim uygulaması yerine

Sigortalı isterse bu rahatsızlığı / hastalığı ile ilgili istisna uygulanabilir.

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 Tamamlayan 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.

Sigortalının Tamamlayan Sağlık Sigortası ürününden geniş kapsamlı bir ürüne / plana geçiş talebi olması ve geçiş yapılacak üründe yeni bir teminat bulunması halinde yeni teminat için bekleme süresi yeni dönem poliçesiyle başlar.

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 verilen sigortalının son kullandığı ürün yenileme esnasında şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise, ömür boyu yenileme garantisi hakkı saklı tutulmak şart 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 sağlanmış olması ve sigortalının sağlık profilini belgelendirmesi üzerine ilgili belgeler Ray Sigorta tarafından değerlendirilir, mevcut duruma göre mevzuata uygun olacak şekilde muafiyet veya ek prim uygulanarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin verilip verilmeyeceğine karar verilir.

Ömür boyu yenileme garantisi almış sigortalının tabi olduğu plandan daha üst veya geniş kapsamlı bir plan dâhilinde Ray Sigorta'ya geçiş yapmak istemesi durumunda, ömür boyu yenileme garantisi hakkı kişinin sağlık risklerine bakılarak Ray Sigorta tarafından yapılır.

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.

9- PRİM TESPİTİ

9.1- Primin Tespitine İlişkin Kriterler

Satışta olan ürünlerin primleri, sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak her bir yaş ve cinsiyet için 6 eşit taksit ödeme planı ve iline göre sigorta şirketi tarafından belirlenen ve sigorta şirketinin uygun gördüğü dönemlerde revize edilen prim bedelleridir.

Ürünlerimizin fiyatlarını belirlerken, medikal enflasyon (Türk Tabipler Birliği Asgari 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 yeniden hesaplanabilir ve

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

9.2- Prime İlişkin Düzenlemeler

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	%25 İndirim	%15 İndirim
%0,01 - %25	%15 İndirim	%10 İndirim
%25,01 - %50	%10 İndirim	%10 İndirim
%50,01 - %60	%5 İndirim	%10 İndirim
%60,01 - %100	%0	%0
%100,01 - %150	%25 Ek Prim	%25 Ek Prim
%150,01 - %200	%35 Ek Prim	%35 Ek Prim
%200,01 ve üzeri	%50 Ek Prim	% 50 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, hastalık limiti uygulanabilir ve/veya o hastalıkla ilgili tedaviler istisna kabul edilebilir. Konulacak olan ek prim tutarı, bir önceki yılın toplam poliçe primini aşmayacaktır.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.09.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

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

Sigortalılığın en az üç yıldan beri aynı plandan kesintisiz devam etmesi ve sigortalının ömür boyu yenileme garantisi kazanmış olması ve belirtilen hastalıkların teşhisinin üçüncü yıldan sonra konması halinde ömür boyu yenileme hakkını kazandıkları tarihten sonra ortaya çıkan hastalıkları, yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmamakta ve Hastalık ve Tazminat / Prim oranına bağlı ek prim alınmamaktadır.

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 özel şartlarda belirtilen oranlarda indirim ya da ek prim uygulanır.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında olan 18 yaşından küçük kişiler ek prim ödenmesi koşulu ile tek başlarına Tamamlayan Sağlık Sigortası kapsamında sigortalanabilirler.

10- YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

İşbu poliçe Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından kapsama alınan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için geçerli olacaktır. 65 yaşından gün almamış kişiler sigortalanabilir. Bu üründen 64 yaşından önce sigortalanan kişilerin poliçeleri 64 yaşından sonra da devam ettirilebilir.

Yeni doğan bebeğin sigorta teminatına dahil edilmesi:

Bebeğin dünyaya gelmesini takip eden en az 72 saat sonra doğum belgesi ve 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 15 gün içinde yapılmayan başvurularda bebek risk analizi yapılarak sigortalanabilir.

11- 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. Bununla birlikte, eski poliçede teminat kapsamında olan ama bu sigortada bulunmayan hizmetler kapsam dışı kalacaktır.

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 Tamamlayan 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 Tamamlayan 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 Tamamlayan Sağlık Sigortası ürününden geniş kapsamlı bir ürüne / plana geçiş talebi olması ve geçiş yapılacak üründe yeni bir teminat bulunması halinde yeni teminat için bekleme süresi yeni dönem poliçesiyle başlar.

Sigortalının Ray Sigorta'da geniş kapsamlı bir plandan daha dar kapsamlı bir plana geçiş talebi olması halinde sigortalının kazanmış olduğu haklar devam ettirilir.

Sigortalının şirket ve / veya plan / ürün değişiklik talebi sırasında 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 sigortacı tarafından incelenerek mevzuat kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nin verilip verilmeyeceğine karar verilir.

Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nin 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.

Ömür boyu yenileme garantisi almış sigortalının tabi olduğu plandan daha üst veya geniş kapsamlı bir plan dâhilinde Ray Sigorta'ya geçiş yapmak istemesi durumunda, ömür boyu yenileme garantisi hakkı kişinin sağlık risklerine bakılarak Ray Sigorta tarafından yapılır.

Ray Sigorta, 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.

12- SÖZLEŞMENİN SONA ERME ESASLARI

12.1- Sözleşme İptalleri ve Poliçeden Çıkış İşlemleri

Sigortalı / Sigorta Ettirenin Talebi ile İptal

Sigortalı / sigorta ettiren sağlık poliçesinin iptalini Doğum Ek Teminatının alındığı planlar hariç olmak üzere Şirketten resmen talep etme hakkına sahiptir. Doğum Ek Teminatının alındığı planlara ilişkin iptal taleplerinde Ray Sigorta tarafından yapılacak değerlendirme neticesinde poliçenin iptal edilip edilmeyeceğine karar verilir. İptal işleminin yapılabilmesi için sigorta ettiren tarafından düzenlenen poliçenin iptal nedenini ve iptal edilmesi istenilen tarihi içeren iptal bildirim yazısı ekinde poliçe aslını Genel Müdürlüğe gönderir. Sigorta ettirenin poliçenin iptalini talep etmesi durumunda, herhangi bir tazminat ödemesinin yapılmamış olması kaydıyla işlemiş süreye ilişkin prim iadesi hesabında kısa süreli sigortalarda uygulanan şekilde sigorta

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.09.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

başlangıcından itibaren geçen gün sayısı dikkate alınarak sigortalı kalınan gün esasına göre prim iadesi 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:

- o Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- o 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.
- o Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.

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

Grup poliçelerindeki çıkış işlemlerinde gün esaslı iade uygulanır.

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

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 reddederek Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6'ya istinaden poliçeyi iptal edebilir.

Fesih

Fesih işleminin yapılabilmesi için iptal talebi ile poliçe tanzim tarihi arasındaki tarihin 30 günü geçmemiş olması gerekmektedir. 30 günü geçen durumlarda primin tamamının iadesi yapılmaz

ve gün esaslı iptal devreye girer. 30 gün içinde dahi olsa kişiye ödenen veya muallak tazminat varsa, fesih yapılmaz, gün esaslı iptal devreye girer. Feshedilmiş 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, tazminat reddederek 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 poliçe prim iadesiz olarak iptal edilir. İptal tarihi, eksik beyanla ilgili duyuru tarihi olup, tazminat 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 Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.

İptal Poliçenin Yürürlüğe Alınması

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

- ☐ Sağlık başvuru ve beyan formlarının sigorta ettiren tarafından doldurulması
- ☐ Poliçe iptal tarihi üzerinden üç aydan fazla süre geçmemiş olması
- ☐ Poliçenin toplam prim borcunun tamamının ödenmiş olması
- ☐ Sigortalının sağlık durumunun risk teşkil etmediğinin değerlendirilmesi, sigortalılık süresi ve satın aldığı riske göre istenecek diğer ek belgelerin Şirkete teslimi.
- ☐ Riziko Kabul Departmanı tarafından istenecek ek bilgi ve belgelerin sunulması, Sigorta ettiren, (poliçe içinde ve poliçenin iptal tarihi ile yürürlüğe dönüş tarihi arasındaki) sağlık başvuru ve beyan formlarında tüm riskleri beyan etmek zorundadır.

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

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

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

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

Sigorta yılı içerisinde sigortalı/sigorta ettiren isteği ile poliçe iptal ettirildikten sonra 15 gün

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 01.09.2026 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

içerisinde daha yüksek teminatlı farklı bir plan satın alınamaz. Bu talep en fazla aynı plan için karşılanabilir ya da daha düşük teminatlı bir ürün için uygulanabilir. İptal tarihinden 15 gün sonra yapılacak plan değişikliklerinde sigortalının poliçesi tamamen ilk kez sigortalanyormuş gibi işlem görür ve geçmişten gelen tüm sigortalılık hakları kaybolur.

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

12.2- Vefat Durumu

Sigorta Ettiren / Sigortalının Vefatı

Sigorta süresi içinde Sigorta Ettiren'in vefatı halinde sigortalıların ilgili sigorta sözleşmesine ait kalan prim borçlarını ödemeye devam etmeleri durumunda, sözleşme aynı şartlarda yürürlükte kalabilir. Prim borçlarının ödenmemesi halinde Sağlık Sigortası Genel Şartları ilgili maddesi uyarınca sözleşme sona erer. Sigorta süresi içinde sigortalının vefat etmesi durumunda tazminat ödensin ya da ödenmesin sözleşme hükümsüz olup Sigortacı ilgili döneme ait prime hak kazanır.

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.

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

13. Rücu Hakkı

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.

13. Ekonomik Yaptırımlar

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

14. Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Bilgilendirme

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