

Değerli Sigortalımız,

Şirketimizi tercih ettiğiniz için öncelikle size teşekkür ederiz.

GroupamaSigorta olarak amacımız, siz değerli sigortalılarımıza en iyi hizmeti sunmak ve beraberliğimizi uzun yıllar sürdürebilmektir. Her türlü işleminiz için Groupama Sigorta Sağlık Çağrı Merkezi'ni 0 850 250 50 50no'lu telefondan arayabilir ve detaylı bilgi alabilirsiniz.

Tarafınıza teslim edilen ürün setinde şu belgeler bulunmaktadır :

- Poliçe (Sadece Sigorta Ettiren'e gönderilir) ve bilgilendirme formu
- Poliçe Kitabı
- Sigortalı Listesi (Sadece Sigorta Ettiren'e gönderilir)
- Sertifika
- Sigortalı Kartı

Sigortadan yararlanmanın en iyi yolu, poliçenizin üzerinde belirtilen bilgileri, eksiksiz ve dikkatlice okumak ve detayı ile ilgili bilgi edinmektir. Bu nedenle Poliçe Genel-Özel Şartlarını, Yurt içi ve Uluslararası Acil Yardım Hizmeti açıklamalarını dikkatle okumanızı, açığa kavuşturmak istediğiniz konular için şirketimizi/ dağıtım kanalınızı aramanızı öneririz.

Sizlere en iyi hizmeti, en kısa sürede sunabilmemiz için bazı hususlara da değinmek istiyoruz :

Poliçenize ait teminatlar, uygulama esasları ve teminat dışı kalan haller Sağlık Sigortası Özel Şartları'nda ayrıntıları ile açıklanmıştır. Tazminat taleplerinizi bu açıklamalar paralelinde yapmanız iş ve işlemleri kolaylaştıracaktır.

1. Anlaşmalı Sağlık Kurumları **www.groupama.com.tr**'da yer alan sağlık kurumlarına gitmeniz halinde devreye giren "Provizyon Merkezi"imiz , 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir. Anlaşmalı sağlık kurumuna giden her sigortalımız için sağlık kurumu görevlisi Provizyon Merkezi'mize ulaşarak provizyon işlemlerini yerine getirmektedir.
2. Anlaşmalı sağlık kuruluşlarımıza müracaat ederken yanınızda **mutlaka sağlık sigortası kartınızı ve kimlik belgenizi** bulundurunuz.
3. Anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarına ya da özel doktorlarınıza giderken, **Tazminat Talep Formu'nuzu** muayeneyi yapan hekime doldurtup imzalatmayı unutmayınız.
4. Anlaşmasız sağlık kuruluşlarında yapılan harcamaların değerlendirilmesi için gerekli olan belge, bilgiler ise şunlardır :
 - Fatura aslı, (fatura üzerinde yapılan tetkiklerin, kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçların, yapılan ameliyatların, doktor ücretlerinin vb. ayrıntılı dökümü)
 - Reçete aslı, ilaç-aşı küpürleri (karekodlu) ile eczane fişi ve/veya fatura aslı,

- Tetkik yapıldı ise hekim tarafından düzenlenen tetkik istem formu, tetkik sonuçlarının (tahlil,röntgen,emar vb) fotokopisi,
- Yatarak tedavilerde; yatış dosyasının tamamı (doktor takip formları,hemşire gözlem formları, tedavi tabelası, müşahade dosyası vb.); ameliyat masrafı ise ameliyat raporu, doğum masrafı ise doğum raporu,
- Trafik kazası olması halinde, trafik kaza zaptı ve alkol raporu,
- Fizik tedavi masrafları ise; tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR,grafi,tomografi vb),ayrıntılı doktor raporu,(fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli fizik tedavi programının ayrıntılı dökümü)
- Yurtdışında tedavi söz konusu ise (yurtdışı tedavi masraflarının karşılandığı planlar için) yukarıdaki belgelere ek olarak;sigortalının tedavi tarihinde tedavinin yapıldığı ülkede bulunduğunu gösteren pasaport fotokopisi, faturanın ödendiğine dair belge,
- Tazminat ödemeleri için banka hesap numarası.(şirketimize başvuru formu ile ilettiğiniz banka hesap bilginiz yoksa veya bildirdiğiniz banka hesap bilgileriniz değişti ise), Banka hesabının sigortalı adına kayıtlı, bireysel,vadesiz ve Türk Lirası hesabı olması gerekmektedir.Hesap sahibi Adı Soyadı / Banka Adı / Şube Adı / Şube Kodu / Hesap No yada İban No şeklinde bildirilmelidir.

5. Hekimin uzun süreli ilaç reçetesi vermesi halinde reçetenin üzerine ne kadar süre ile kullanılacağını hekiminize yazdırmayı ve reçetenin fotokopisini bu ilaçlar için yapacağınız her tazminat talebinizde ilaç-aşı küpürleri ile birlikte ilaç faturasına eklemeyi unutmayınız.
6. Anlaşmasız sağlık kuruluşunda muayene olup, anlaşmalı bir sağlık kurumunda tetkik ve tedavilerinizi yaptırmanız halinde provizyon sistemimiz devreye girecektir. Anlaşmalı sağlık kurumundaki görevliye hekim tarafından düzenlenen tazminat talep formunu, sağlık sigortası kartınızı ve kimlik belgenizi göstermeniz durumunda provizyon işlemleri başlatılabilecektir. Provizyon onayı verilir ise, varsa iştirak payınızı ödeyerek tedavinizi yaptırabilirsiniz. Bu uygulama anlaşmalı eczanelerimiz için de geçerlidir.

Sigortalı kartlarınızda yurt içi ve Uluslararası acil I yardım hizmeti için başvurabileceğiniz telefon numaraları da verilmiştir.

Sevgi ve saygılarımızla,

GROUPAMA SİGORTA A.Ş.

GRUP ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Police no:.....

TARAFLAR

Groupama Plaza Eski Büyükdere Cad. No:2 34398 Maslak / İstanbul adresinde ikamet eden GROUPAMA SİGORTA A.Ş. (aşağıda GROUPAMA SİGORTA olarak anılacaktır) ile
..... adresinde ikamet eden..... (aşağıda SİGORTA ETTİREN olarak anılacaktır) arasında, aşağıda yazılı şart ve esaslar dahilinde işbu Grup Özel Sağlık Sigortası Özel Şartları düzenlenmiştir.

1- SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI :

GroupamaSigorta, poliçe ve poliçe ekinde isim ve doğum tarihi belirtilen sigortalı/sigortalıların poliçede veya eklerinde belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde özel ve iş hayatlarında meydana gelecek bir hastalık, doğum ve/veya kaza sonucu ayakta ve yatarak yapılacak teşhis / tedavi masraflarını ekli poliçede belirtilen teminatlar, limitler ve uygulamaları dahilinde, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve bu Özel Şartlar hükümlerine göre poliçede belirtilen kapsam doğrultusunda temin eder. Bu poliçe, sigortalının hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle günlük işgörememe parası ve "Evde Hemşire Bakım Teminatı" altında düzenlenen haricindeki bakım giderlerini karşılamaz. İşbu sigorta, poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında geçerlidir.

2- TANIMLAR :

2.1 - GRUP SİGORTASI :

Bir tüzel kişilik çatısı altında bulunan kişilerin sigortalanmasına denir. Ancak, istenildiği takdirde ilgili grup üyelerinin bakmakla yükümlü oldukları kişiler de aynı grup sigortasından yararlandırılabilirler.

2.2 - MECBURİ GRUP

Bir tüzel kişilik çatısı altında bulunan çalışanların (istenirse eş ve çocuklar dahil edilebilir) en az 10 kişiden (eş ve çocuklar hariç) oluşmak üzere tamamının veya tüzel kişilik bünyesinde çalışan belirli bir sınıf (yönetici veya işçiler vb.) çalışanın, primlerinin tamamının şirket tarafından karşılanarak sigorta kapsamına alınmasıdır.

2.3 - KISMİ MECBURİ GRUP

Bir tüzel kişilik çatısı altında bulunan çalışanların (istenirse eş ve çocuklar dahil edilebilir) en az 10 kişiden (eş ve/veya çocuklar hariç) oluşmak üzere tamamının veya tüzel kişilik bünyesinde çalışan belirli bir sınıf (üst düzey yönetici veya işçiler vb.) çalışanın tamamının sigorta kapsamına alınmasıdır. Prim ödemeleri aşağıdaki gibi olabilir :

- I. Çalışan priminin tamamı şirket tarafından, eş ve çocuk primleri çalışanlar tarafından,
- II. Çalışan priminin belli bir oranı şirket tarafından, eş ve çocuk primleri çalışanlar tarafından,
- III. Çalışan, eş ve çocuk primlerinin belli bir oranı şirket tarafından, kalanı çalışanlar tarafından karşılanır.

2.4 - İHTİYARİ GRUP

Bir tüzel kişilik çatısı altında bulunan sigortaya katılmak isteyen kişilerin sigorta kapsamına alınmasıdır.

2.5 - SİGORTA POLİÇESİ :

Sigorta ettiren tüzel kişilik ile sigorta şirketi arasında tarafların karşılıklı hak ve borçlarını gösteren ve sözleşmenin kanıtlanması amacıyla düzenlenen belgedir.

2.6- SİGORTA ETTİREN :

Sigorta sözleşmesi akdederek sigortalı/sigortalılar lehine hareket eden, prim ödeme yükümlülüğünü taşıyan tüzel kişidir.

2.7 - SİGORTALI :

SİGORTA ETTİREN'in sigortaya iştirak eden personelini ve sigortalanmış personelin sigorta kapsamına alınmış, bakmakla yükümlü olduğu kimseleri ifade edecektir.

2.8 - BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLUNAN KİŞİLER :

Sigortalının eşi ve/veya 25 yaşından küçük (25 yaş dahil) evlenmemiş çocukları, 25 yaşından küçük (25 yaş dahil) evlenmemiş üvey çocukları ve 25 yaşından küçük (25 yaş dahil) evlenmemiş evlatlıkları bu tanıma girmektedir.

2.9- PLAN :

Özel Sağlık Sigortası'nın sunduğu ve çeşitli teminat, limit ve muafiyet kombinasyonlarının yer aldığı paket halinde hazırlanan sağlık sigortası programlarına denir.

2.10- TEMİNAT LİMİTİ :

Sigortalı katılımı uygulanmayan teminatlar için poliçede belirtilen teminat limiti, ödenecek azami teminat tutarına eşittir. Sigortalı katılımı uygulanan teminatlar için ödenecek azami tazminat tutarı, teminat limitinden ilgili sigortalı katılım payı düşüldükten sonra kalan meblağdır.

2.11 - KATILIM UYGULAMASI :

Sigortalının teminat kapsamındaki her bir masrafa teminat tablosunda belirtilen oranda katılmasına denir.

2.12 - BEKLEME SÜRESİ :

Sigortalının teminattan faydalanabilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren beklemesi gereken süreye denir.

2.13- MEVCUT RAHATSIZLIK :

Belirti, bulgu, teşhis veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ile bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara denir.

2.14- KONJENİTAL (DOĞUŞTAN / DOĞUMSAL) YAPISAL) HASTALIK VE SAKATLIKLAR :

Doğum anından itibaren varolan yapısal bozukluğa bağlı olarak gelişen ve doğum anında veya yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkan hastalık ve sakatlıklardır.

2.15- KALITIMSAL HASTALIKLAR :

Genetik geçiş gösteren hastalık ve maluliyetlerdir.

2.16 - TEŞHİS :

Belirti ve bulgular (fizik muayene, tahlil, röntgen, tomografi, endoskopi vb. sonuçları gibi) aracılığıyla sigortalının hastalığını veya kaza sonucu meydana gelen durumunu tespit etmeye denir.

2.17- TEDAVİ :

Sigortalının hastalığını ya da kaza sonucu oluşan yaralanmayı iyileştirmek amacıyla yapılan tıbbi ve cerrahi müdahaleye denir.

2.18- SAĞLIK KURULUŞU :

Bulunduğu ülkede, ayakta (hastane poliklinikleri, tanı ve tedavi merkezleri, doktor muayenehaneleri) ve/veya yatarak (hastane) tıbbi ve cerrahi müdahaleye yetkili müesseselere denir.

2.19 - ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU (ASK) :

Sigortacı tarafından sigortalıya isimleri bildirilen, yetkili sağlık kuruluşuna denir.

2.20- ALTERNATİF PLAN ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARI :

Sigortacı tarafından bu ad altında sigortalıya bildirilen, ayakta ve yatarak teşhis ve tedaviye yetkili sağlık kuruluşuna denir.

2.21 - DİĞER SAĞLIK KURULUŞLARI :

Madde 2.19 ve 2.20'da tarifi yapılan kuruluşlar dışında kalan sağlık kuruluşlarına denir.

2.22 -TARİFE

Türk Tabipler Birliği (TTB) tarafından yayınlanarak T.C. sınırları içerisinde mesleğini icra eden doktorların ücretlerini ve uygulama ilkelerini gösterir tarifedir.

Tarifede ücret "TTB Asgari Ücret Tarifesi" isimli kitapta her bir tıbbi işlem için belirlenen "birim değer" in her il için ayrı olmak üzere belirlediği genel katsayının çarpımı ile bulunur.

2.23 - ACİL DURUM :

GROUPAMA SİGORTA tarafından belirlenen "acil durum" aşağıdaki halleri içermektedir.

1. Akut batın,
2. Akut masif kanamalar,
3. Ani felçler,
(Kırık çıkık veya bilinç kaybına neden olacak şekilde)
4. Astım krizi ve akut solunum problemleri,
5. Donma, soğuk çarpması,
6. Elektrik çarpması,
7. Göz yaralanmaları,
8. Isı çarpması,
9. İş Kazaları, uzuv kopmaları,
10. Kalp krizi ve ritm bozuklukları, hipertansiyon krizleri (Hastalığı Groupama Sigorta'daki sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelmişse)
11. Kırıklar, çıkıklar,
12. Kişinin yüksekte düşmesi veya kişinin üzerine bir cismin düşmesi,
13. Renal kolik,
14. Suda boğulma,
15. Şuur kaybına neden olan durumlar,
(Teminat dışı kalan haller sonucu oluşan şuur kayıpları hariç)
16. Tecavüz,
17. Trafik kazası,
18. Yanıklar (2. Derece ve üzeri),
19. Zehirlenmeler,
20. Delici ve/veya kesici alet yaralanması
21. 6 saatten uzun süren ve düşürülemeyen 39 derece ve üstü ateş (0-8 yaş için)

2.24 - AYAKTA TEDAVİ

Sigortalı grup üyesine sağlık kurumunda yatarak tedavi görmesi dışında teşhis ya da tedaviye dönük ve / veya özel muayenehane açmaya ehliyetli hekimlerce de yapılan tıbbi ve cerrahi müdahaleye denir

2.25- YATARAK TEDAVİ

Sigortalı grup üyesinin sağlık kurumuna yatıp en az 24 saat kalması koşuluyla tedavi amaçlı tıbbi ve cerrahi müdahaleye denir.

2.26 - KATILIMLI ÖDEME UYGULAMASI

Poliçede yazılı limitler dahilinde, teminatların belirlenen oranlar dahilinde Sigorta Şirketi tarafından, kalan kısmının sigortalı tarafından karşılanmasıdır.

2.27- KAZANILMIŞ HAK :

Sigorta Şirketleri tarafından sağlık sigortası poliçesine sahip olan bireylere sunulmuş haklardır. Diğer şirketlerden veya sağlık kurumlarından gelen kişisel raporlarındaki mevcut sağlık durumlarına göre tıbbi risk değerlendirmesi yapılarak kazanılmış hakların içeriği belirlenir.

2.28 – SİGORTA SÜRESİ :

Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin 12:00'de başlar ve öğleyin saat 12:00'de sona erer.

3- TEMİNATLAR :

Bu sigorta, aşağıdaki teminatlardan poliçe ve sertifikalarda yer alan Teminat Tablosu'nda belirtilmiş olanlarını yine Teminat Tablosu'nda belirtilen limit ve uygulamalar esas alınarak, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve bu Özel Şartlar, varsa Ek Protokol ve Ek Şartlar dahilinde karşılar.

3.1 - ANNELİK TEMİNATI :

Sigortalının normal doğum masrafları ile normal doğumun veya hamileliğin anne ve/veya çocuğun hayatını tehlikeye sokacağı doktor tarafından belirlenen durumlar nedeniyle hamilelik ya da doğum esnasında ayakta ya da yatarak tedavilerde yapılan her türlü tıbbi ve cerrahi müdahale (sezaryenle doğum, düşük, mecburi kürtaj, v.b.) masraflarını poliçede belirtilen teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin eder. Bu teminata oda-yemek-refakatçi masrafları (standart oda-yemek-refakatçi ücreti kadar) ve rutin kontroller dahildir.

Gebelik mutakat kontrolleri ve doğum sonrası annede gelişen doğuma bağlı komplikasyonlar ve çocuğun doğum sonrası hastanede bebeğin sağlık durumunu ilk defa değerlendirmeye yönelik yapılan rutin bakım ve tetkikler ve doğum kontrol yöntemleri bu teminat kapsamında karşılanır. Ancak, bu teminat kapsamına giren masraflar teminat başlama tarihi itibarıyla 12 ay süre ile sigorta kapsamı dışındadır.

3.2- AYAKTA TEŞHİS / TEDAVİ MASRAFLARI TEMİNATI :

Özel doktor muayenehanesinde ya da sağlık kuruluşunda ayakta gerçekleştirilen doktor muayenesi, doktor tarafından gerekli bulunan reçeteli ilaç, sarf malzemeleri, teşhise yönelik laboratuvar testleri, tüm endoskopik uygulamalar, anjiyografiler (kardiyak ve serebral anjiyografiler hariç), MR anjiyo, radyografik incelemeler, nükleer tıp ve algoloji uygulamaları; büyüklüğüne bakılmaksızın bir veya birden fazla her türlü ben ve siğil (nevüs, verruca) alımı, tarifede 150 birime kadar olan her türlü cerrahi müdahale ve diğer tedavi (serum, alçı, pansuman, apse drenajı v.b.) masraflarını poliçede belirtilen teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin eder.

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. Sürekli kullanılan ilaçlar mevcut ise, poliçesi devam eden sigortalılar reçete tarihi itibarıyla 1 yıl süre ile reçete fotokopisi ile işlem yaptırabilir.

Tetanoz, pnömokok, kuduz ve grip aşılıları bu teminat kapsamındadır.

0-6 yaş grubundaki çocukların rutin muayene ve aşağıda açıklanan aşılıları ile hepatit profilaksisi amacıyla yaptırılan tahlil masrafları ödenir :

| | | | |
|-----------|------------------------------|-----------------------|-----------|
| Polio | Difteri-Boğmaca-Tetanoz | Hemofilus influenza B | Hepatit A |
| Hepatit B | Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak | BCG | Su çiçeği |
| Rota | | | |

3.3- EVDE HEMŞİRE BAKIM TEMİNATI :

Sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi halinde, sigortalının görevlendireceği ikinci bir doktor veya doktorların da onaylaması şartıyla, sigortalının kendi evinde bir hemşirenin bakımı altına alınması halinde oluşan masraflarını evde bakım anlaşmalı sağlık kurumlarımızda geçerli olmak üzere 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 bağlı

olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları ve ağrı protokolünün uygulanıyor olması gereklidir.

Sigortalının, günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, inkontinans (idrar kaçırma) ya da immobilize (hareket edememe) olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, 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.

Sigortacının teminatın kullanımına uygunluk vermesi sonrası görevlendireceği hemşirenin sağlık eğitimi veren resmi devlet okullarından veya yurt dışındaki muadili sağlık eğitim kurumlarından mezun olmuş olması ve sigortalıyla akrabalık ilişkisinin olmaması gerekmektedir.

Evde hemşire bakım süresi bir poliçe dönemi içinde devamlı ya da aralıklarla toplamda 120 günü geçemez.

3.4- HASTANE ODA - REFAKATÇI MASRAFLARI TEMİNATI :

Sigortalının hastanede yatarak tedavi olması halinde oluşan standart oda, yemek ve refakatçi masraflarını poliçede belirtilen günlük teminat limit ve uygulaması dahilinde temin eder.

Oda-Refakatçi, ve yatarak tedavi teminatları için, masraflar teminat limitleri dahilinde en çok 180 gün için karşılanır. Yoğun bakım ünitesi teminatı maksimum 90 gün ile sınırlıdır.

3.5- HASTANE SONRASI AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI :

Sigortalının hastanede gördüğü yatarak tedavinin devamı niteliğini taşıyan ayakta tedavi masraflarını poliçede belirtilen teminat limit ve uygulaması dahilinde temin eder.

Hastane Sonrası Ayakta tedavi teminatı için, poliçede belirtilen bitiş tarihi aşılmamak kaydı ile, sigortalının hastaneden taburcu oluşunu takip eden 60 gün içerisinde aynı hastalık için yapılan tedavi masrafları karşılanır.

3.6- TRAFİK KAZASI SONRASI ACİL DIŞ TEDAVİSİ TEMİNATI :

Bu teminat, trafik kazası sonucu hasara uğramış çene ve dişlerin eski hallerini alması için diş hekimlerince yapılan diş ve çeneye uygulanan her türlü tıbbi ve cerrahi müdahale için oluşacak masrafları poliçede belirtilen yıllık teminat limiti ve uygulaması dahilinde ve Türk Diş Hekimleri Tarifesi üzerinden temin eder.

Ancak, bu teminattan faydalanılabilmesi için gerçekleşen trafik kazasının, kaza zaptı ile belgelendirilmesi gerekmektedir.

3.7 - YATARAK / TEDAVİ MASRAFLARI TEMİNATI :

Sigortalının hastaneye yatıp, en az 24 saat kalmasını gerektirentedavi masraflarını, ve 150 birim ve üzerindeki cerrahi tedavi masraflarını, dış gebelik, karaciğer biyopsisi, kardiyak ve serebral anjiyografi ile hastaneye yatırıldıktan sonra ölmesi durumunda morg masraflarını poliçede belirtilen teminat limit ve uygulaması dahilinde temin eder. "Kemoterapi, Radyoterapi Masrafları Teminatı" ve "Diyaliz Masrafları Teminatı" alınmamış ise kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz masrafları bu teminat limiti kapsamından ödenir.Kanser ameliyatları sonucu ilk meme protezive meme ucu rekonstruksiyonu tüm sigortalılık süresi boyunca bir defaya mahsus kapsam dahilindedir.

Groupama Sigorta tarafından ameliyat masraflarının karşılanacağıının belirtilmesi durumunda ameliyat öncesi yapılan ameliyata özgü pre-op tetkikler (HIV ve hepatit testleri dahil) yatarak tedavi teminatından karşılanır.

Yatarak tedavi sırasında gerçekleşen teşhisle uyumsuz masraflar karşılanmaz; teminat kapsamında olup, yatış endikasyonu gerektirmeyen masraflar ayakta tedavi teminatından karşılanır.

Oda-Refakatçi- ve yatarak tedavi teminatları için, masraflar teminat limitleri dahilinde en çok 180 gün için karşılanır. Yoğun bakım ünitesi teminatı maksimum 90 gün ile sınırlıdır.

3.8- EKO TURKUAZ YATARAK TEDAVİ TEMİNATI :

Eko Turkuaz'da yatarak teşhis / tedavi teminatı kapsamına giren harcamalara ait toplam tutarın poliçede yazılı Yatarak Tedavi Teminatı muafiyet tutarını aşması halinde, aşan kısma ait masraflar sigorta yılı sonuna kadar sigortalı katılım payı olmaksızın karşılanır.

Bu teminat sadece Eko Turkuaz poliçelerinde geçerlidir.

3.9- YEREL KARA AMBULANS MASRAFLARI TEMİNATI :

Sigortalının T.C. sınırları içerisinde teminat kapsamındaki bir hastalık veya kaza nedeniyle, bulunduğu yerden yerel ruhsatlı bir kara ambulansı ile en yakın tam teşekküllü hastaneye taşınması veya sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve sigortacının onaylaması halinde hastaneden eve taşınması için yaptığı masrafları, poliçede belirtilen teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin eder.

3.10- YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ MASRAFLARI TEMİNATI :

Sigortalının hastanede yatarak tedavi olması halinde oluşan yoğun bakım ünitesi masraflarını (yatak-yemek ücreti, yoğun bakımda demirbaş kullanılan aletlerin kullanım ücretleri; monitorizasyon v.b. diğer makinelerin ücretleri, yoğun bakımda yapılan işlemler için gerekli sarf malzemeler; havalı yatak ile IV pump ücretleri) günlük teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin eder.

Yoğun bakımda iken yapılan tetkik ve tedavi masrafları (doktor takip ücretleri, laboratuvar ve ilaç masrafları, yoğun bakıma özgü olmayan ücretler) yatarak tedavi teminatı kapsamında değerlendirilir.

Yoğun bakımda kalınan süre için yapılan refakatçi masrafları teminat kapsamında değildir.

Oda-Refakatçi- ve yatarak tedavi teminatları için, masraflar teminat limitleri dahilinde en çok 180 gün için karşılanır. Yoğun bakım ünitesi teminatı maksimum 90 gün ile sınırlıdır.

3.11- SUNİ UZUV VE PROTEZ MASRAFLARI TEMİNATI :

Sigortalının sigorta süresi içinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucunda fonksiyon kaybına uğramış bir organı için gerekli olacak suni uzuv veya protez masrafları poliçede belirtilen teminat limit ve uygulaması dahilinde temin eder. Ameliyat esnasında kullanılan protezler bu teminattan değil, ilgili diğer teminatlardan (yatarak-ayakta tedavi teminatı v.b) poliçede yazılı teminat limit ve uygulamaları dahilinde karşılanır.

3.12- ACİL MÜDAHALE TEMİNATI:

Özel şartlar madde-2.23'de belirtilen "acil durum" tanımına uyan hallerde, gerçekleşecek ilk müdahale (muayene, tetkik ve tedavi) giderlerini yine poliçede belirtilen teminat limiti ve temel uygulama esasları dahilinde karşılar.

Bu teminat sadece alternatif plan anlaşması olmayan sağlık kurumlarında gerçekleşen harcamalarda madde 7.11.II esaslarına göre geçerlidir.

3.13- ACİL AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI:

Özel şartlar madde-2.23'de belirtilen "acil durum" tanımına uyan hallerde, ayakta gerçekleşecek ilk müdahale (muayene, tetkik ve tedavi) giderlerini yine poliçede belirtilen teminat limiti ve temel uygulama esasları dahilinde karşılar. İlk müdahale sonrası oluşabilecek masraflar teminat haricidir.

3.14- REHABİLİTASYON TEMİNATI :

Sigortalının nörolojik hastalıklar, ağır travma, el-kol-bacak amputasyonu ve her türlü cerrahi müdahale sonrası yitirdiği yaşam aktivitelerini (koltuk değnekli veya değneksiz yürüme, yeme içme, elbise giyip çıkarma, tuvalete oturma merdiven inip çıkma) yeniden kazanabilmesi için kendisine verilen fonksiyonel eğitim sebebiyle oluşacak masrafları karşılar.

3.15 YARDIMCI TIBBİ MALZEME TEMİNATI:

Sigortalının sigorta süresi içinde meydana gelen bir kaza veya hastalığı sonucunda uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel malzeme masrafları poliçede belirtilen teminat limit ve uygulaması dahilinde temin eder.

3.16- DOKTOR MUAYENE TEMİNATI :

Ayakta tedavilerde özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlara ve / veya sağlık kurumlarına ödenen muayene ücretleri, poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır. Doktor muayene teminat limiti beher vizite için geçerlidir.

3.17-İLAÇ MASRAFLARI TEMİNATI :

Ayakta tedavilerde, doktorun reçete ile vereceği ilaçlar için yapılacak ödemeler, poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır.

İlaç teminat limiti beher reçete için geçerlidir.Reçetede yazılan ilaçların toplam tutarının teminat limitini aşması halinde böldürülen reçeteye ait masraflar karşılanmaz.

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. Sürekli kullanılan ilaçlar mevcut ise, poliçesi devam eden sigortalılar reçete tarihi itibarıyla 1 yıl süre ile reçete fotokopisi ile işlem yaptırabilir.

Rutin çocuk aşıları (Polio, Difteri-Boğmaca-Tetanos, Hemofilus influenza B, Hepatit A, Hepatit B, Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak, BCG, Su çiçeği, rota) ile grip, kuduz, tetanoz, pnömokok aşı masrafları poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler dahilinde iş bu teminat dahilinde karşılanır.

3.18- TANI MASRAFLARI TEMİNATI :

Ayakta tedavilerde, doktorun göreceği lüzum üzerine yazılı talep edeceği laboratuvar tahlilleri, basit direkt grafiler (ilaçsız), solunum fonksiyon testi, odiometri, timpanogram, görme alanı, doppler USG, EKG, eforlu EKG, EKO, EMG, EEG, USG, tomografi, sintigrafi, ürografi ve ekokardiyografi, her türlü ilaçlı grafi, endoskopik tetkikler, MR ve Talyum masrafları ile koroner ve serebral anjiyografi dışındaki anjiyografi masrafları poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler dahilinde karşılanır.

Tanı masrafları teminat limiti yıllıktır.

3.19- TAHLİL MASRAFLARI TEMİNATI :

Ayakta tedavilerde, doktorun yazılı talebiyle laboratuvar tahlilleri için yapılan masraflar poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler dahilinde karşılanır.

Hepatit aşı öncesi yaptırılan serolojik tahlil masrafları poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler dahilinde iş bu teminat dahilinde karşılanır.

Tahlil masrafları teminat limitleri beher hastalık için geçerlidir.

3.20- RÖNTGEN (FİLM) MASRAFLARI TEMİNATI :

Ayakta tedavilerde, doktorun yazılı talebiyle yapılan tarife göre 75 birim vealtındaki tüm tetkikler röntgen olarak nitelendirilerek poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır. Röntgen masrafları teminat limitleri beher hastalık için geçerlidir.

3.21- TOMOGRAFİ, SİNTİGRAFİ, ÜROGRAFİ MASRAFLARI TEMİNATI :

Ayakta tedavilerde, doktorun göreceği lüzum üzerine yazılı talep edeceği tomografi, sintigrafi, ürografi ve her türlü ilaçlı grafi, endoskopik tetkikler ve benzeri cihazlarla yapılan tüm tetkikler bu teminat kapsamında değerlendirilerek poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır. Tomografi, Sintigrafi, Ürografi masrafları teminat limitleri beher hastalık için geçerlidir.

3.22- MR, TALYUM MASRAFLARI TEMİNATI :

Ayakta tedavilerde, doktorun göreceği lüzum üzerine yazılı talep edeceği MR ve Talyum masrafları ile koroner anjiyografi dışındaki anjiyografi masraflarının her hastalık esasına göre poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır. MR, Talyum masrafları teminat limitleri beher hastalık için geçerlidir.

3.23- MODERN TEŞHİS YÖNTEMLERİ TEMİNATI :

Ayakta tedavilerde, röntgen teminatında belirtilen yöntemler dışında yapılan her türlü tetkik Tomografi, Sintigrafi, Skopiler, Ürografi, MR, Doppler, Elektron Anjio, MR Anjio, Positron Emission Tomografi, Gated Spect OGS Yöntemi ve Vazodilatör Perfüzyon Tekniği için poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır. Modern Teşhis Yöntemleri teminat limiti beher hastalık için geçerlidir.

3.24- KEMOTERAPİ, RADYOTERAPİ MASRAFLARI TEMİNATI :

Sigortalının ayakta ya da yatarak tedavilerde kemoterapi, radyoterapiye yönelik olarak yapılan (tetkik, oda-yemek-refakatçi masrafları da dahil) her türlü masraf poliçede belirtilen limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde karşılanır. Bu teminatın limiti yıllıktır.

3.25- KÜÇÜK MÜDAHALE MASRAFLARI TEMİNATI :

Sigortalının ayakta tedavilerde pansuman, enjeksiyon, kulak yıkama, alçı uygulaması, oksijen verilmesi, apse drenajı, mide yıkama, serum takılması, endoskopik küçük cerrahi müdahaleler, endoskopik biyopsi, büyüklüğüne bakılmaksızın bir veya birden fazla her türlü ben ve siğil alımı (nevüs, verruca), lipom alımı, parasentez, koterizasyon, krioterapi, algoloji uygulamaları hastanede kullanılan monitör cihaz ücretleri, müşahede yatak ve benzeri müdahale masrafları ile tarifede 149 birime kadar olan cerrahi müdahalelerin gerektirdiği masraflar poliçede yazılı limit muafiyet ve uygulamalar dahilinde karşılanır. Ancak muayene, tetkik ve ilaç masrafları ilgili teminatlardan karşılanır. Bu teminatın limiti yıllıktır.

3.26- AYAKTA FİZİK TEDAVİ MASRAFLARI TEMİNATI :

Sigortalının sigorta yılı içinde ayakta fizik tedavisi görmek suretiyle ve nörolojik hastalıklar, ağır travma, el-kol-bacak ampütasyonu ve her türlü cerrahi müdahale sonrası yitirdiği yaşam aktivitelerini (koltuk değnekli veya değneksiz yürüme, yeme içme, elbise giyip çıkarma, tuvalete oturma merdiven inip çıkma) yeniden kazanabilmesi için kendisine verilen fonksiyonel eğitim (rehabilitasyon) ile ilgili tüm giderleri, poliçede belirtilen limit, uygulama ve muafiyetleri dahilinde karşılar. Bu teminatın limiti yıllıktır.

3.27- DIŞ TEDAVİ MASRAFLARI TEMİNATI :

Sağlık Bakanlığı tarafından çalıŐma ruhsatı verilmiş hastane ve klinikler ile özel muayenehane açmaya ehliyetli diş hekimlerinde yapılan ağız, diş, diş eti ve çene hastalıklarının gerektirdiği teşhis, tıbbi ve cerrahi müdahale (operasyon) masrafları iş bu teminatın poliçede belirtilen limit, uygulama ve muafiyeti dahilinde karşılanır. Diş protezleri, implantasyon, ortodonti tedavileri işbu teminat dahilinde karşılanır. Bu teminatın limiti yıllıktır.

3.28 GÖZLÜK CAM-ÇERÇEVE VE LENS MASRAFLARI TEMİNATI :

Sigortalının sigorta yılı içinde hekim istemiyle belgelediği numaralı gzlk ereve-cam veya numaralı lens ve lens solüsyonları masrafları poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler dahilinde karşılar. Bu teminatın limiti yıllıktır.

3.29- AŞI MASRAFLARI TEMİNATI :

Sigortalının sigorta yılı içinde korunma amacıyla oluşan , ilaç teminatı kapsamında ödenen aŐılar dışında tüm koruyucu aŐılar poliçede yazılı limit, uygulama ve muafiyetler dahilinde karşılanır. Bu teminatın limiti yıllıktır.

3.30- DIYALİZ MASRAFLARI TEMİNATI :

Sigortalının ayakta veya yatarak yapılan periton diyalizi ve hemodiyaliz masrafları poliçede belirtilen teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin edilir. Diyaliz sırasında kullanılan ilaçlar, yapılan tetkikler, doktor takipleri, kullanılan sarf malzemeleri, oda, yemek ve refakatçi masrafları, kan ve kan ürünlerinin temini için yapılan masraflar ile transfüzyon masrafları bu teminattan karşılanır. Bu teminatın limiti yıllıktır.

3.31- KONTROL MAMOGRAFİŐ TEMİNATI:

40 ve üzeri yaŐlardaki bayanlar için tıbbi bir talep olmaksızın kontrol amaçlı çektirdikleri mamografi masraflarına ait giderler, belirli anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu ile karşılanacaktır. Bu teminat için anlaŐma yapılmış kurumlar dışındaki giderler teminat kapsamı dışındadır. Bu teminat Groupama Sigorta'da ilk sigortalanma tarihi itibariyle 6 ay bekleme süresine tabidir.

3.32- KONTROL PSA TEMİNATI:

40 ve üzeri yaŐlardaki erkek sigortalıların tıbbi bir talep olmaksızın kontrol amaçlı yaptırdıkları PSA tetkikine ait giderler , belirli anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu ile karşılanacaktır. Bu teminat için anlaŐma yapılmış kurumlar dışındaki giderler teminat kapsamı dışındadır. Bu teminat Groupama Sigorta'da ilk sigortalanma tarihi itibariyle 6 ay bekleme süresine tabidir.

4- BEKLEME SÜRELERİ :

4.1 - AŞağıda yazılı hastalıklar ve komplikasyonlarının cerrahi ve yatarak yapılan teşhis ve tedavi harcamaları Groupama Sigorta'daki ya da kazanılmış haklarının verilmesi Şartıyla nceki Şirketindeki ilk sigortalanma tarihini takip eden 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır:

Fıtıklar, Hemoroit /Anal Fistül, Anal Fissür/Anal Apse/Perianal Apse, Bartolin Absesi/Kisti, Meme Hastalıkları, Bademcik, Geniz Eti, Tiroit Bezi Hastalıkları/Guatr, Orta Kulak İltihabı, Katarakt, Disk Hastalıkları(Diskopati), Safra Kesesi ve Safra Yolu Hastalıkları, riner Sistem TaŐı, Over Kisti, Myom ve Prostat Hastalıkları, Sinüs Pilonidalis, her türlü selim Tümör- Kitle- Polip-Lipom-Nevüs-Siğil (Verruca), Kist, Karpal Tünel Sendromu, Varis, Koksartroz gastroözofajial reflü, otoskleroz, endometriozis, endometrioma, , sinüzit,, higroma, stres inkontinans, sistorektosel, omuz ve diz cerrahisi (menisküs, kıkırdak, sinovya ve bağ lezyonları, vb.).

Şu kadar ki:

Sigortacı, sigortalı/sigorta ettirenin beyanını/belgeleri değerlendirerek poliçe ekine yazmak kaydı ile yukarıda belirtilen bu hastalıklara ait bekleme sürelerini uzatabileceği gibi, bunlar dışındaki hastalıklara da bekleme süresi koyabilir.

4.2 - Her türlü fizik tedavi ve rehabilitasyon masrafları,algoloji uygulamaları (madde 2.23de belirtilen acil durumların tanımına uyan haller hariç), Groupama Sigorta'daki ya da kazanılmış haklarının verilmesi şartıyla önceki şirketindeki ilk sigortalanma tarihini takip eden12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır.

İlk sigortalanma tarihinden başlamak üzere sadece yatarak tedavi poliçesi satın alan sigortalılar ayakta tedavi teminatı içeren planlara geçiş yapmaları halinde ayakta yapılacak fizik tedavi giderleri ve algoloji uygulamaları için 12 ay bekleme süresine tabii olacaktırlar. (ÖBYG hakkı bulunmayan sigortalılar için geçerlidir)

4.3. -ÖBYG hakkına sahip olup Groupama Sigorta'da ilk sigortalanma tarihi itibariyle kesintisiz en az 4 yıl sigortalılık geçmişi bulunan sigortalıların bu süre içinde teşhis edilen Konka ve Halluks Valgus rahatsızlıkları teminat altına alınacaktır.

4.4 - Annelik teminatı kapsamına giren harcamalar Groupama Sigorta'daki ilk sigortalanma tarihini takip eden 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır.

5- TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER :

Sağlık Sigortası Genel Şartı'nın 2. Maddesine ek olarak, aşağıda yazılı haller ve bu hallere bağlı olarak gelişen durumlar nedeniyle; sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

5.1- Sigortalının sigorta başlangıç tarihinden önceki mevcut rahatsızlıkları ve mevcut maluliyetleri, doğuştan ileri gelen ve/ veya yapısalhastalık ve sakatlıkların ilk teşhis sonrası devam eden tetkik ve tedavileri, kalıtsal hastalık ve sakatlıkların teşhis ve tedavileri ile bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklar için yapılan masraflar,

5.2- Sigortalının herhangi bir hastalığı olmadan tetkik ya da korunma amacıyla yaptırılan doktor muayene ve laboratuvar / röntgen v.b. uygulamaları, tedaviler, hastalıkların erken tanısına yönelik uygulamalar, check-up'lar, ilaç ve aşı (grip, pnömokok, kuduz, tetanos ve 3-2maddesinde belirtilen çocuk aşıları hariç) masrafları,

5.3- Hekim tarafından öngörülen bir teşhis / tedavi programı olmadan yapılan uygulamalar ile bunların neticesinde oluşan her türlü masraf,

5.4- Amerikan FDA (Food and Drug Administration) kurumu tarafından deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedavilerle ilgili tüm giderler, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler ve deneysel tedaviler,kayroprakter uygulamaları, PRP (kanser tedavileri haricindeki tedavilerde kök hücre nakli ve kök hücre kullanımı),

5.5 - Motor ve mental gelişim bozukluğu, büyüme ve gelişme bozukluğu ile ilgili tüm giderler,

5.6- Sigorta başlangıç tarihinden itibaren sigortalının geçirebileceği bir kazanın gerektirdiği haller dışında her türlü plastik ameliyatlar, estetik amaçlı teşhis ve tedaviler,jinekomasti, cinsiyet değiştirme ameliyatları, meme küçültme ameliyatı, lazerli epilasyon, her türlü cilt hastalığı ile ilgili lazer ve fototerapi uygulamaları (puva tedavisi hariç), telenjektazi,cilt hemangiomlarına yönelik tedaviler yüzeyel varis tedavileri (sklerozan varis tedavisi, endovenöz lazer tedavisi, her tür lazer tedavileri gibi),

5.7- Pes planus ve sigorta başlangıç tarihinden itibaren sigortalının geçirebileceği bir kazanın gerektirdiği haller dışındaki skolyoz, kifoz, lordoz ile ilgili masraflar,

5.8- Septum deviasyonu, konka hipertrofisi (madde 4.3'de belirtilen durumlar hariç), burun meadlığı ve komplikasyonlarının masrafları,

5.9 - Halluks Valgus (madde 4.3'de belirtilen durumlar hariç)

5.10- Elektron Tomografi (EBT), Volüme Bilgisayarlı Tomografi (VCT) ve benzeri cihazlar ile yapılan koroner arter kalsiyum tarama testi, çok dedektörlü bilgisayarlı tomografi cihazları ile yapılan koroner arter angiografileri-tarama amaçlı sanalbronkoskopi, sanal kolonoskopi masrafları,

5.11- Spermatosel, varikosel, hidrosel, kordon kisti ve epididim kistlerinin teşhis ve tedavi masrafları,

5.12- Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlamaya yol açan tüm rahatsızlıkların teşhis, tedavi ve yardımcı cihaz masrafları,

- 5.13-** İmmunoterapi ve alerji testleri (cilt testleri, serumda kantitatif antijen tayinleri ve diğer tetkikler),
- 5.14-** Kuvöz masrafları,
- 5.15-** Organ sağlanması ya da donör için yapılan masraflar,
- 5.16-** Şaşılık ve gözde kırılma kusurları için yapılan lazer ve cerrahi uygulama masrafları ile görme tembelliği için yapılan her türlü teşhis, tetkik ve tedavi masrafları,
- 5.17-** AIDS, ARCS ve HIV virüsüne bağlı tüm hastalıklar, genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkümünata vb.) genital ve anal kontagiosum, Human papilloma virüs (HPV) teşhis ve tedavi masrafları ve zührevi hastalıkların teşhis ve tedavi masrafları,
- 5.18-** Tıbbi olmayan sebeplerle yapılan kürtaj masrafları, kısırlaştırma (tüp ligasyonu, vazektomi v.b.), implant kontraseptifler, düşük araştırması, iktidarsızlık (ereksiyon bozuklukları), cinsel işlev bozukluğu, infertilite (kısırlık) ve/veya kısırlığın giderilmesi için yapılan (tüp bebek, mikroenjeksiyon vb.) her türlü masraf, hsg ve histeresonografi vb.tetkikler, gebelik gerçekleşmeden çocuk istemi nedeniyle kontrol amaçlı yapılan tetkik, kontrol ve tedaviler,
- 5.19-** Her türlü sünnet ve komplikasyonları,
- 5.20-** Ayakta ve/veya yatarak tedavilerde bir sigorta yılı içinde 20 seansın üzerinde oluşan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının gerektirdiği her türlü masraf,
- 5.21-** Psikiyatrik, psikolojik hastalıkların teşhis-tedavisi, psikosomatik hastalıkların tedavi masrafları ile psikolog, pedagog, sosyal hizmet uzmanı v.b. masrafları,
- 5.22-** Geriatrik hastalıklar (demans alzheimer v.b.) ve psikogeriatric hastalıkların teşhis ve tedavi masrafları,
- 5.23-** Sigortalının alkol ve uyuşturucu maddeler tesiri altında bulunmasından ileri gelen her türlü hastalık ve kazanın gerektirdiği teşhis ve tedavi masrafları, alkol ve uyuşturucu maddelerin kullanımına bağlı olarak gelişen her türlü hastalık ve komplikasyonlarına ait teşhis ve tedavi masrafları, sigara, alkol v.b. her türlü madde bağımlılığını bırakma tedavisi masrafları,
- 5.24-** Alternatif tıp yöntemleri (akupunktur, hipnoz, aromaterapi, nöral terapi v.b.) obezite, metabolik sendrom tanısına yönelik işlemler, metabolik cerrahi, obezite cerrahisi, diabet cerrahisi, kilo alma amacıyla yapılan uygulamalar ile ayak bakım merkezlerinde oluşan masraflar, PRP (Platelet Rich Plasma) kaplıca kür merkezlerinden alınan tüm hizmetler, masaj giderleri, diyet uzmanları, çamur banyoları, zayıflama merkezleri, jimnastik salonları ve benzeri yerlerde yapılan her türlü masraf, antiaging uygulamaları için yapılan her türlü masraf, beslenme ve diyet için yapılan her türlü teşhis ve tedavi masrafları, estetik güzellik merkezlerinde oluşan her türlü masraf, ses ve konuşma terapisi masrafları,
- 5.25-** Saç dökülmesi için yapılan her türlü muayene, teşhis ve tedavi masrafları, terleme tedavisi, iyontoforez, botox uygulamaları, orlistat ve türevleri ile yapılan tedaviler (xenical caps, v.b.), sibutramine ve türevleri ile yapılan tedavi masrafları (reductil caps, v.b.),
- 5.26-** Reçeteye yazılsa dahi; Tarım ve Köyişleri Bakanlığında onaylı, Sağlık Bakanlığı'ndan ithalat izni ile ithal edilen ve ilaç ruhsatı olmayan drog, vitamin ve gıda destek ürünleri, tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar, bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar, sigara bırakmak amacı ile kullanılan nikotin preparatları, kontakt lens bakım preparatları, her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları, her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar, her türlü sabun, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, saç veya kepek şampuanı, cilt kremi, cilt sabunu, kozmetik ürünler, termofor, termometre v.b. masrafları,
- 5.27-** Sigortalının sigorta başlangıç tarihinden sonra geçirebileceği bir trafik kazası sonucu hasara uğramış çene ve dişlerinin eski halini alması için yapılan masraflar dışında diş hekimlerince diş, dişeti ve çeneye yapılan her türlü müdahale, teşhis ve tedavi masrafları,
- 5.28-** Gözlük-cam-çerçeve, kontak lens ve solüsyonları, diş protezleri, tekerlekli sandalye, işitme cihazı, koltuk değneği, ortopedik bot-taban-terlik-ayakkabı masrafları,
- 5.29-** Çocuk bezi, mama, biberon, emzik, bebek bakım kremleri v.b. masrafları,
- 5.30-** Her türlü profesyonel ve/veya tehlikeli ekstrem (uç, aşırı)sporlar (dağcılık, paraşütcülük, havada yolculuk dışı uçuş, su altı sporları, ralli, motokrosatv kullanımív.b.) ve bunlara ilişkin spor müsabakaları ile sürat ve mükavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara ait giderler, sigortalının ehliyetsiz araç kullanımına bağlı her türlü kaza,
- 5.31-** Grevlere, lokavtla ilgili işçi hareketlerine, halk hareketlerine, kavgalara iştirakin doğuracağı sakatlıklar ve gerektirdiği teşhis ve tedavi masrafları,
- 5.32-** Hastanede ayakta ya da yatarak tedavi sırasında sağlanan özel hemşirelik hizmetlerine ait masraflar,
- 5.33-** Sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlardan alınan sağlık hizmeti giderleri,

- 5.34-** Robotik cerrahi ile yapılan operasyonlarda robot kullanım v.b. masrafları,
5.35- Tedavinin tıbben yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda poliçede belirtilen teminat limit ve uygulamalarının kapsamı haricinde günlük hastane giderleri tazminatı,
5.36- Sigortalının hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,
5.37- Sigortalı bakıma gereksinim duyar duruma geldiği takdirde, Evde Hemşire Bakım Teminatı kapsamına girmeyen nedenlerden doğan bakım giderleri veya gündelik bakım parası,
5.38-Poliçede belirtilen teminat, limit ve uygulamalar haricindeki tüm masraflar ile poliçe ek şartlarında belirtilen kapsam dışı özel durumlar.
5.39 - İşyeri hekiminin personelin eş ve çocuğu için yazdığı ilaçlar

6- COĞRAFİ KAPSAM :

Bu sigorta, Alternatif Plan F haricinde, poliçede belirtilen limit ve muafiyetler dahilinde tüm dünyada geçerlidir. Türkiye Cumhuriyeti coğrafi sınırları içinde ikamet eden kişilere poliçe yapılabilir. Ancak, Türkiye dışında yapılacak tedavi masrafları aşağıda belirtilen kayıt ve şartlarla teminat altına alınır :

Yurtdışında gerçekleşen ayakta/yatarak teşhis ve tedavi masraflarına ait belgeler İngilizce ve Fransızca dışında bir dil ile düzenlenmişse bu belgelerin Türkçe'ye çevirisi yeminli tercümana yaptırıldıktan sonra tazminat talebinde bulunulması gereklidir.

01.06.2011 tarihinden sonra ilk defa sigorta kapsamına giren sigortalıların poliçe vadesi içinde Türkiye sınırları dışındaki toplam kalış süresi azami 180 gün ile sınırlıdır.

6.1- YURTDIŞINDA GERÇEKLEŞEN YATARAK TEDAVİ MASRAFLARI İÇİN :

i-Turkuaz, Eko Turkuaz,Plan A, E, G, K, K1, K2 ve L için;

Sigortalının Türkiye'de ortaya çıkmış ancak tedavisi yurt dışında gerçekleşen masrafları ile yurt dışında seyahatte iken ortaya çıkan ani hastalık ve / veya sakatlık sonucu yaptığı masraflar için sigortacının sorumluluğu, poliçede yazılı ilgili teminat limiti dahilinde İstanbul'da bulunan Acıbadem Hastaneler Grubu ve / veya muadili tam teşekküllü özel bir hastanenin belirlediği ve tedavinin gerçekleştiği tarihte uygulanan ilgili hastanenin Groupama Sigorta için belirlemiş olduğu tedavi / ameliyat ücreti veya varsa paket ücreti ile staff hekim / staff operatör ücretleri ile sınırlıdır.

Türkiye'de ortaya çıkmış ancak tedavisi yurt dışında planlanan rahatsızlıkların yurt dışındaki tedavi kuruluşuna doğrudan ödenebilmesi için, sigortalının bu amaçla yurt dışına çıkmadan en geç 10 gün önce durumu sigortacıya ihbar etmesi gerekmektedir. İhbar süresine uyulmaması halinde özel şartlar madde 8.1 hükümleri geçerli olacaktır. Yurt dışındaki hastaneye doğrudan ödeme, yukarıda belirtilen esaslara göre "TL" olarak hesaplanan tazminat tutarı fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuruna göre hastane tarafından talep edilen döviz cinsine çevrilerek yapılır. Özel şartlar madde 8.1 hükümleri dahilinde yapılan tazminat ödemeleri ise fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru üzerinden "TL" olarak yapılır. Türkiye'de tedavisinin olmadığı sigortacının görevlendireceği doktor ve doktorlarca onaylanan hastalıklar için yurt dışında gerçekleşen tedavi masrafları poliçede belirtilen teminat limiti ve uygulamaları dahilinde karşılanır.

ii- Turkuaz, Eko Turkuaz, Plan E, G, K, K1, K2 için;

Türkiye'de tedavisinin olmadığı sigortacının görevlendireceği doktor ve doktorlarca onaylanan hastalıkların yurt dışında gerçekleşen tedavi masrafları için, gerçekleşen masrafın 50.000 \$'ı aşması halinde, sigortalı ABD / Kanada'da gerçekleşen tedavilerde aşan kısmının % 40'ına, ABD / Kanada dışında herhangi bir ülkede gerçekleşen tedavilerde aşan kısmın % 25'ine katılır. Yurt dışında gerçekleşen tedavilerde Oda-Refakatçi ve Yoğun Bakım Üniteleri teminatları bakımından sigortacının sorumluluğu teminat limit ve uygulamaları dahilinde tedavi tarihindeki Acıbadem Hastaneler Grubu tarafından Groupama Sigorta için uygulanan Oda - Refakatçi ve Yoğun Bakım ücretleri ile sınırlıdır.

iii- Alternatif Plan F için;

"Acil Müdahale Teminatı" haricindeki tüm teminatlar için sadece, Türkiye sınırları içerisinde geçerlidir. Acil durum tanımına uyan hallerde, yurt içi ve yurt dışı tüm hastanelerde ilgili teminat limiti ve uygulamaları dahilinde, özel şartlar madde 8.1 hükümlerine göre geçerlidir. Madde 2.23'deki "acil durum" tanımına uyan hallerde, yurt dışındaki tüm hastanelerden alınan hizmetlerin bedelinin müdahalenin gerçekleştiği tarihteki tarife tablosunda belirtilen oranının altında kalması halinde sigortalıya ödeme, fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru göz önünde bulundurularak fatura tutarı üzerinden "TL" olarak yapılır. Hizmetlerin bedelinin limiti aşması halinde ise tarife tablosunda belirtilen oran kadar karşılanır.

6.2- YURTDIŞINDA GERÇEKLEŞEN AYAKTA TEDAVİ MASRAFLARI İÇİN :

i-Turkuaz, Eko Turkuaz,Plan A, E, G, K, K1, K2 ve L için;

Sigortalının yurt dışında gerçekleşecek ayakta tedavi masrafları için gerekli tazminat, ilgili teminat limiti ve uygulamaları dahilinde, özel şartlar madde 8.1 hükümlerine göre ve fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru üzerinden "TL" olarak ödenir.

ii- Alternatif Plan F için,

"Acil Müdahale Teminatı" haricindeki tüm teminatlar için sadece, Türkiye sınırları içerisinde geçerlidir. Acil durum tanımına uyan hallerde, yurt içi ve yurt dışı tüm hastanelerde ilgili teminat limiti ve uygulamaları dahilinde, özel şartlar madde 8.1 hükümlerine göre geçerlidir. Madde 2.23'deki "acil durum" tanımına uyan hallerde yurt dışındaki tüm hastanelerden alınan hizmetlerin bedelinin, müdahalenin gerçekleştiği tarihteki tarife tablosunda belirtilen oranının altında kalması halinde, sigortalıya ödeme, fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru göz önünde bulundurularak fatura tutarı üzerinden "TL" olarak yapılır. Hizmetlerin bedelinin limiti aşması halinde ise, tarife tablosunda belirtilen oran kadar karşılanır.

6.3- YURTDIŞINDA GERÇEKLEŞEN DOĞUM MASRAFLARI İÇİN :

Plan A,E,G,K,K1,K2 ve L için;

Türkiye dışında yapılacak annelik teminatı kapsamına giren ayakta ve yatarak tedavi masrafları aşağıda belirtilen kayıt ve şartlarla teminat altına alınır :

Annelik teminatı kapsamına giren ayakta ve yatarak tedavi masrafları için sigortacının sorumluluğu, poliçede yazılı ilgili teminat limiti dahilinde İstanbul'da bulunan Acıbadem Hastaneler Grubu ve / veya muadili tam teşekküllü özel bir hastanenin belirlediği ve tedavinin gerçekleştiği tarihte uygulanan ilgili hastanenin Groupama Sigorta için belirlemiş olduğu paket ücreti ile staff hekim / staff operatör ücretleri ile sınırlıdır.

7- TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

- 7.1 Sigortacının sorumluluğu, sigorta priminin tamamının ya da primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise prim peşinatının ödenmiş olması kaydıyla başlar.
- 7.2 Sigortalının sigorta yılı içinde fizik tedavi giderleri fizik tedavi teminatı kapsamında; nörolojik hastalıklar, ağır travma, el-kol-bacak amputasyonu ve her türlü cerrahi müdahale sonrası yitirdiği yaşam aktivitelerini (koltuk değnekli veya değneksiz yürüme, yeme içme, elbise giyip çıkarma, tuvalete oturma merdiven inip çıkma) yeniden kazanabilmesi için kendisine verilen fonksiyonel eğitimi içeren (rehabilitasyon) ile ilgili tüm giderleri varsa rehabilitasyon teminatı bu teminat yok ise fizik tedavi teminatı kapsamında değerlendirilir.

Fizik tedavinin;

(i) Yatarak gördüğü diğer tedaviler ile eşzamanlı yapılması ve bu durumun Groupama Sigorta şirketi tarafından kabul edilmesi koşuluyla fizik tedavi masrafları, yatarak tedavi teminatından ve oda-yemek-refakatçi masrafları oda-refakatçi teminatından karşılanır.

- (ii) Fizik tedavinin ayakta yapılması durumunda; fizik tedavi masrafları "Ayakta Fizik Tedavi Masrafları Teminatı" alındı ise bu teminattan, alınmadı ise ayakta tedavi teminatından karşılanır.
- (iii) Sigortalının hastanede gördüğü yatarak tedavinin devamı niteliği taşıyan fizik tedavi masrafları hastane sonrası ayakta tedavi teminat limit, uygulama ve muafiyetleri dahilinde karşılanır.

- 7.3 Rehabilitasyon tanımına uyan tedaviler varsa rehabilitasyon teminatından, bu teminat yoksa fizik tedavi teminatı kapsamında değerlendirilir. Fizik tedavi için tüm planlarda (Turkuaz, Eko Turkuaz için ayakta yapılan fizik tedavi giderleri kapsam dışıdır) yıllık toplam 20 seansa kadar ödeme yapılır.
- 7.4 Sigorta bitiş tarihinde devam etmekte olan yatarak tedaviler poliçenin Groupama Sigorta'dan ya da bir başka sigorta şirketinden yenilenmemesi şartıyla 10 günü geçmemek kaydıyla yatarak tedavinin bitimine kadar geçerlidir.

7.5 Doktorun teşhis, tedavi ve takip ücreti ;

(i) Turkuaz, Eko Turkuaz, Plan A, E, G, K, K1, K2 ve L için;

Anlaşmalı sağlık kuruluşunda doktorun kadrolu olması durumunda ilgili kuruluşun Groupama Sigorta için belirlediği anlaşmalı fiyatları, yapılan işlem için kuruluşun belirlediği doktor ücretinin olmaması durumunda ise kuruluşun cari fiyat sistemini ve/veya Groupama Sigorta için belirlenen anlaşmalı fiyat sistemini aşmayacak şekilde ödenir. Anlaşmalı sağlık kuruluşunda doktorun kadrolu olmaması durumunda tarifenin 2 katını aşmayacak şekilde ödenir.

Anlaşmasız sağlık kuruluşunda doktor muayene ücretleri "Doktor Muayene Teminatı" alınması durumunda teminat limiti ile ayakta tedavi teminatı alınması durumunda tarifenin 2 katı ile sınırlıdır. Doktorun teşhis, tedavi, fizik tedavi, ameliyat ve takip ücreti TTB asgari ücret tarifelerini aşmayacak şekilde ödenir.

(ii) Alternatif Plan F için;

Anlaşmalı sağlık kuruluşunda doktor ücreti, ilgili kuruluşun Groupama Sigorta için belirlediği anlaşmalı fiyatları, yapılan işlem için kuruluşun belirlediği doktor ücretinin olmaması durumunda ise kuruluşun cari fiyat sistemini ve/veya Groupama Sigorta için belirlenen anlaşmalı fiyat sistemini aşmayacak şekilde ödenir. Anlaşmalı sağlık kuruluşunda doktorun kadrolu olmaması durumunda tarife kadar ödenir.

(iii) Tüm planlarda ödenecek ameliyat ücretinin hesaplanması:

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 ameliyatlara için Tarifedeki birimin % 12,5'u baz alınarak hesaplama yapılır.

Aynı seansta aynı kesi ile yapılan ameliyatlarda;

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

- 7.6 Doktorların teşhislerine yardımcı olması amacıyla muayene esnasında kendilerinin yapmış oldukları teşhis yöntemleri (ultrasonografi, smear/kültür alınması v.b.) masrafları doktor muayene ücreti içerisinde değerlendirilir.

- 7.7 Anlaşmalı sağlık kuruluşunda ayakta ya da yatarak tetkik ve tedavilerde doğrudan ödeme hizmetinden yararlanmayan sigortalıların tazminat talepleri ilgili kuruluşun GroupamaSigorta A.Ş. için belirlediği anlaşmalı fiyatlar baz alınarak teminat limitleri doğrultusunda karşılanır.
- 7.8 Sigortalılık süresi içinde karşılanmayan bir tazminatın tekrar değerlendirilmesi için sigortalı Groupama Sigorta istemeden tetkik yaptırırsa, tazminatın ödenmesine karar verilsin ya da verilmesin sigortalının kendi isteği ile yaptırdığı tetkik masrafları Groupama Sigorta A.Ş. tarafından karşılanmayacaktır.
- 7.9 **Plan A ve L için :**Yatarak teşhis/tedavi teminatı kapsamında yurt dışında gerçekleşen masraflar için, sigortacının sorumluluğu teminat limitleri dahilinde Acıbadem Hastaneler Grubu ve/veya muadili özel bir hastanenin belirlediği ve ilgili tedavinin gerçekleştirildiği tarihte uygulanan ilgili hastanenin Groupama Sigorta için belirlemiş olduğu tedavi / ameliyat ücreti veya varsa paket ücreti ile staff hekim / staff operatör ücreti ile sınırlıdır.
- 7.10 **Turkuaz, Eko Turkuaz, Plan E, G, K, K1 ve K2 için :**

Yatarak Teşhis / Tedavi Teminatı için;

(i) Türkiye'de tedavisi olan hastalıkların yurt dışında gerçekleşen veya acil rahatsızlıklar durumlarında yurt dışında gerçekleşen tedavi masrafları, Acıbadem Hastaneler Grubu ve/veya muadili özel bir hastanenin belirlediği ve ilgili tedavinin gerçekleştirildiği tarihte uygulanan ilgili hastanenin Groupama Sigorta için belirlemiş olduğu tedavi/ameliyat ücreti veya varsa paket ücreti ile staff hekim/staff operatör ücretleri dahilinde karşılanır.

(ii) Türkiye'de tedavisinin olmadığı ve sigortacının görevlendireceği doktor/doktorlarca onaylanan hastalıkların yurt dışında gerçekleşen tedavi masraflarının 50.000 \$'ı aşması halinde, tedavi ABD/Kanada'da gerçekleşmişse sigortalı aşan kısmın % 40'ına, tedavi diğer ülkelerde gerçekleşmişse sigortalı aşan kısmın % 25'ine katılır.

(iii) Oda - Refakatçi teminatı için yurt dışında gerçekleşen masraflar, Acıbadem Hastaneler Grubu'nun Groupama Sigorta için belirlemiş olduğu günlük hastane oda - refakatçi ücretleri dahilinde en çok 180 gün için karşılanır. Yoğun bakım ünitesi teminatı maksimum 90 gün ile sınırlıdır.

7.11 Alternatif Plan F için :

i) Bu plan, "acil müdahale teminatı" haricindeki tüm teminatlar için Alternatif Plan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları'nda geçerlidir. Ancak, Alternatif Plan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları dışında yapılan masraflardan sadece dr.muayene masrafı **TTBx1** kadar karşılanır. Poliçe kapsamındaki aşı bedelleri anlaşmalı kurum olması şartı aranmadan kúpür kadar ödenir.

ii) Madde 2.23 deki "Acil durum" tanımına uyan hallerde, yurt içi ve yurt dışındaki tüm hastanelerden alınan hizmetlerin bedeli "acil müdahale" teminatı dahilinde, müdahalenin gerçekleştiği tarihteki **tarifenin en fazla 1,5 katına kadar** karşılanır.

8- TAZMİNAT ÖDEMESİ :

8.1 Anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık harcamaları:

Sigortalı tedavi masraflarının ilgili kuruluşa ödenmesini takiben ön yüzü sigortalı, (sigortalı bilgilerinin sigortalı tarafından doldurularak) tedaviyi gerçekleştiren hekim tarafından eksiksiz doldurulup imzalanmış tazminat talep formu ekinde aşağıdaki belgeler Groupama Sigorta'ya gönderilir. Tazminat talep formuna www.groupama.com.tr sitesinden ulaşılabilir.

1. Fatura aslı, (fatura üzerinde yapılan tetkiklerin, kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçların, yapılan ameliyatların, doktor ücretlerinin vb. ayrıntılı dökümü)

2. Reçete aslı, ilaç-aşı küpürleri (karekodlu) ile eczane fişi ve/veya fatura aslı,
3. Tetkik yapıldı ise hekim tarafından düzenlenen tetkik istem formu, tetkik sonuçlarının (tahlil,röntgen,emar vb) fotokopisi,
4. Yatarak tedavilerde; yatış dosyasının tamamı(doktor takip formları,hemşire gözlem formları, tedavi tabelası, müşahade dosyası vb.);ameliyat masrafı ise ameliyat raporu, doğum masrafı ise doğum raporu,
5. Trafik kazası olması halinde, trafik kaza zaptı ve alkol raporu,
6. Fizik tedavi masrafları ise; tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR,grafi,tomografi vb),ayrıntılı doktor raporu,(fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli fizik tedavi programının ayrıntılı dökümü)
7. Yurtdışında tedavi söz konusu ise (yurtdışı tedavi masraflarının karşılandığı planlar için) yukarıdaki belgelere ek olarak;sigortalının tedavi tarihinde tedavinin yapıldığı ülkede bulunduğunu gösteren pasaport fotokopisi, faturanın ödendiğine dair belge,
8. Tazminat ödemeleri için banka hesap numarası.(şirketimize başvuru formu ile ilettiğiniz banka hesap bilginiz yoksa veya bildirdiğiniz banka hesap bilgileriniz değişti ise), Banka hesabının sigortalı adına kayıtlı, bireysel,vadesiz ve Türk Lirası hesabı olması gerekmektedir.Hesap sahibi Adı Soyadı / Banka Adı / Şube Adı / Şube Kodu / Hesap No yada İban No şeklinde bildirilmelidir.

Groupama Sigorta yukarıda tarifi yapılan belgelere ek olarak talep edebileceği tüm belgelerin kendisine teslimini takiben tazminat talebini işleme alır ve yapılan masrafa konu olan rahatsızlığı poliçe genel ve özel şartlar dahilinde değerlendirir. Tüm evrakların tamamlanmış olması halinde tazminat talebi 5 işgünü içinde ödenir.

8.2 Anlaşmalı olan sağlık kurumunda gerçekleşen sağlık harcamaları

Sigortacı teminat kapsamına giren teşhis ve tedavilerde, özel şartlar madde 8.2 ve 8.3'de yazılı koşulların yerine getirilmesi kaydıyla, oluşan masrafları sigorta teminat, limit ve muafiyetleri dahilinde doğrudan ASK'na öder. Sigortacı, sigorta süresi içerisinde ASK listesinde (Alternatif Plan Anlaşmalı Sağlık Kurumu dahil) değişiklik yapma, yeni bir kurum ekleme ya da çıkarma hakkını haizdir. Anlaşmalı Sağlık Kurum listesine www.groupama.com.tr sitesinden ulaşılabilir.

8.2.1 "ASK'nda" yapılan ve Yatarak Teşhis / Tedavi Teminatı'na konu olan tazminat talebinin değerlendirilmesi ve kapsam dahilinde ise hastaneye doğrudan ödeme işleminin tamamlanabilmesi için;

1. Sigortalının başvuru sırasında anlaşmalı kurum yetkilisine ile birlikte sigorta kartını ibraz etmesi gereklidir.
2. Anlaşmalı kurum yetkilisi hekim tarafından doldurulan özel sağlık sigortası hasta bilgi formu ekinde tetkik sonuçları, poliklinik kayıt bilgileri, kaza ise trafik kaza zaptı-alkol raporu ile Groupama Sigorta'dan provizyon ister.
3. Groupama Sigorta sigortalının provizyon talebine konu olan hastalığını sağlık kuruluşundan gönderilen belgeler doğrultusunda poliçe özel şartları, sağlık sigortası genel şartları ve teminat limitleri dahilinde değerlendirir. Değerlendirme sonucunda hastalık sigorta kapsamı dışında ise, karşılanmayan masrafların gerekçeleri sözlü/yazılı olarak anlaşmalı kuruma bildirilir. Hastalık sigorta kapsamında ise masrafların sigortalının teminat ve limitleri dahilinde karşılanacağını belirten "Ön Onay" yazısı Anlaşmalı Sağlık Kurumuna gönderilir. Ön onay gönderildiği tarihte sigortalının Groupama Sigorta nezdinde geçerli bir poliçesi olduğuna ilişkindir. Ön onay, yapılan tedavi masraflarının mutlaka ödeneceği anlamına gelmeyecek olup, Groupama Sigorta tarafından kanun, sigorta genel ve özel şartları gereğince tazminatın ödenmemesi mümkündür.
4. Sigortalının hastaneden çıkış işlemleri için Anlaşmalı Sağlık Kurumu masraflara ait ayrıntılı fatura dökümü ekinde ameliyat raporu, tetkik sonuçları, epikriz raporunu Groupama Sigorta'ya gönderir. Groupama Sigorta gelen belgelerin değerlendirmesini yapar ve yapılan işlemler sigorta kapsamında ise hastaneye fatura tutarının ne kadarının onaylandığını/ödendiğini gösteren ibranameyi gönderir. Sigortalı bu ibranameye adını soyadını yazarak imzaladıktan sonra Groupama Sigorta'nın karşılamadığı masraflar var ise hastaneye öder ve çıkış işlemleri tamamlanmış olur.
5. Tazminat talebine konu olan hastalıkla ilgili gerekli ve yeterli belgelerin tarafından Sigortacıya temin edilmesi gerekmektedir.

6. Anlaşmalı Kuruluşta yapılan işlemleri gerçekleştiren hekimin Groupama Sigorta ile anlaşması olmaması halinde hekim ayrıca bir fatura kesecektir. Bu faturaya ilişkin sigortalı doğrudan ödeme uygulamasından faydalanamaz.

Yukarıda belirtilmiş olan şartlar sağlandığında sigortalı doğrudan ödeme uygulamasından faydalanamaz ve 8.1 maddesi uygulanır.

Sigortacının doğrudan ödeme işlemini yaptıktan sonra teşhis / tedaviye sebebiyet veren hastalığın teminat kapsamı dışında olduğunun belirlenmesi halinde, sağlık kuruluşuna ödenen tutar sigortalı tarafından sigortacıya nakden ve def'aten geri ödenir.

Yatarak tedavilerde provizyon işleminin gerçekleşebilmesi için sigortalının acil durumlar dışında en az 48 saat önceden Groupama Sigorta Provizyon Merkezi'nden provizyon talebinde bulunulması , Anlaşmalı Sağlık Kurumunda beklemeyi ortadan kaldıracaktır.

8.2.2 Anlaşmalı Sağlık Kurumunda gerçekleşen ayakta teşhis / tedavi masrafları;

(i) Plan A, E, G, K, K1, K2 L için;

ASK'da gerçekleşecek olan ayakta teşhis/tedavinin işleme alınması için sigortalının kuruluşa başvurusunda sigortalı kartı ve kimlik belgesiyle birlikte ibraz etmesi gerekmektedir. Bu belgeler olmaksızın yapılan başvurular, kurum tarafından doğrudan ödemeli olarak işleme alınmaz ve 8.1 maddesi uygulanır.

ASK'da ayakta teşhis ve tedavisi mümkün olmayan durumlar için diğer sağlık kuruluşlarında oluşacak masraflar Plan A, K, K1, K2 ve Liçin ilgili teminat limitinden, Plan E ve G için ise limitsiz olarak karşılanacaktır.

Sigortacının doğrudan ödeme işlemini yaptıktan sonra teşhis/tedaviye sebebiyet veren hastalığın teminat kapsamı dışında olduğunun belirlenmesi durumunda sağlık kuruluşuna ödenen tutar sigortalı tarafından sigortacıya nakden ve def'aten geri ödenir.

(ii) Turkuaz ve Eko Turkuaz için;

ASK'da gerçekleşecek olan hastane sonrası ayakta tedavinin işleme alınması için sigortalının kuruluşa başvurusunda sigortalı kartı ve kimlik belgesiyle birlikte ibraz etmesi gerekmektedir. Bu belgeler olmaksızın yapılan başvurular, kuruluş tarafından doğrudan ödemeli olarak işleme alınmaz ve 8.1 maddesi uygulanır.

(iii) Alternatif Plan F için;

Alternatif Plan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu'nda gerçekleşecek olan ayakta / yatarak teşhis ve tedavinin işleme alınması için, sigortalının kuruluşa başvurusunda sigortalı kartını ve kimlik belgesiyle ya da poliçesini kimlik kartıyla birlikte ibraz etmesi gerekmektedir. Bu belgeler olmaksızın yapılan başvurular, kuruluş tarafından doğrudan ödemeli olarak işleme alınmaz ve 8.1 maddesi uygulanır.

8.3 Alternatif Plan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları'ndan muayenehane hekimlerinden ya da acil durumlarda anlaşmasız sağlık kuruluşlardan alınan reçetelere ait ilaçlar anlaşmalı eczane şartı aranmaksızın ayakta tedavi teminatından karşılanır.

8.4 Sigortacının doğrudan ödeme işlemini yaptıktan sonra teşhis / tedaviye sebebiyet veren hastalığın teminat kapsamı dışında olduğunun belirlenmesi halinde, sağlık kuruluşuna ödenen tutar sigortalı tarafından sigortacıya nakden ve def'aten geri ödenir.

8.5 Sigortacı, tazminat tutarını sigortalı tarafından tazminat talebiyle bildirilen bir banka hesabına yatırır. Tazminat ödemesinin yapılabilmesi için T.C. kimlik numarası (yabancı uyruklular için vergi kimlik no) bildirimini yapılmış olmalıdır.

- 8.6** Sigortalının hastalık ve / veya sakatlığının teşhis ve tedavisi için yapılan tıbbi girişim ve uygulamalar ilgili hastalık veya sakatlığa özgü genel teşhis ve tedavi yöntemleriyle uyumlu ve makul olmalıdır.
- 8.7** Plan E ve Giçin anlaşmasız eczanelerden alınan ilaç reçeteleri "Diğer sağlık kuruluşlarında gerçekleşen masraflar için geçerli limit"ten düşülmeyecek, anlaşmalı sağlık kuruluşu gibi işlem görecektir.
- 8.8** Tazminat, sigortalı tarafından bildirilen banka hesap numarasına / IBAN numarasına ödenir.
- 8.9** Groupama Sigorta, mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumu ile sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde sigortalılara ait her türlü bilgi ve belge (tazminat, teminat detayları vb) alışverişinde bulunabilir. Groupama Sigorta'nın sağlık sigortası ürününe sahip kişiler sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde resmi kurumlarla yapılacak bilgi ve belge alışverişini peşinen kabul etmektedir.
- 8.10 Rücu :** Sigortacı, Poliçenin Özel Şartları'na ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarına aykırı düşen giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıdan fer'ileri ile birlikte tahsil etme hakkına sahiptir.
- 8.11Halefiyet :** Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısıyla sorumlu üçüncü kişilere karşı ödediği tutar kadar sigortalının yerine geçer.

9- KAZANILMIŞ HAKLAR, SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ :

9.1 Sözleşmenin Yenilenmesi ve Kazanılmış Haklar:

Bu sigorta, en çok 1 yıl süre ile geçerlidir. Ancak, sigorta bitiş tarihini takiben sigortalı / sigorta ettirenin talebi ile sigortacının belirleyeceği esaslar dahilinde yeni poliçe düzenlenebilir.

Kazanılmış hakların verilebilmesi için, sigortalının bir önceki poliçesinde en az 1 yıl sigorta kapsamında olması ve sigorta bitiş tarihinden itibaren 30 günden fazla süre geçmemiş olması gerekmektedir. Kazanılmış hakların kaybedilmemesi için 30 gün içinde yenileme talebinin Groupama Sigorta'ya ulaştırılmış olması gerekmektedir.

Kazanılmış haklarla, özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması ve önceki poliçesinde sahip olduğu hakları kastedilmektedir. Sigortalının, önceki poliçesinin özel şartlarında/teminatlarında yer alan ama yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda/teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir. Ancak, yeni dönem için geçerli özel şartlarda mevcut olan ama bir önceki dönem özel şartlarda yer almayan haklar sigortalı için de geçerli olacaktır.

Sigorta süresi 1 yıldan kısa olan sigortalılar için bekleme süreleri bir önceki şirketin sigorta başlangıç tarihinden itibaren hesaplanır.

Kişinin diğer sigorta şirketi/şirketlerindeki ilk sigortalanma tarihinden de önceye dayandığı tespit edilen rahatsızlıkları önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi kazanılmış hak kapsamına girmez. Bu rahatsızlıklar teminat haricidir.

İlk sigorta tarihinden sonra ortaya çıkan ve süregelen rahatsızlıklar için Groupama Sigorta A.Ş. ekprim uygulama ve/veya teminat limiti belirleme hakkına sahiptir. Bu hak, gruba verilen teklifte de belirtilebilir. Kişinin kazanılmış hakları ile geçiş işlemlerinde son sigorta şirketinden gelen bilgiler baz alınarak işlem yapılır.

Sigortalı, Groupama Sigorta A.Ş.'ye veya önceki sigorta şirket(ler)ine verdiği sağlık beyanında ihbar yükümlülüğüne uymadığı takdirde kazanılmış hakkından söz edilemez.

Grup sağlık sigortasından, ferdi sağlık sigortasına yenileme olarak geçiş yapmak isteyen sigortalılar için risk değerlendirme yapılarak, kazanılmış haklarının verilip, verilemeyeceğine Groupama Sigorta A.ř karar verecektir.

Sigorta ettirenin prim ödeme yükümlülüğünün gereği gibi yerine getirilmemesi durumunda Türk Ticaret Kanunu hükümleri çerçevesinde poliçe iptal edilebilecektir.

9.2 Sözleşmede Yenileme Güvencesi verilmesi :

Groupama Sigorta, Ömür Boyu Yenileme Güvencesi verdiği sigortalılara yenilemelerde bu güvencenin kazanılmasından sonra teşhis edilen ve sigorta kapsamında teşhis/teğavi masrafları ödenen rahatsızlıklarla ilgili risk değerlendirme yapmama, özel olarak sigortalıya yönelik uygulamalarla bu hastalık(lar)/rahatsızlık(lar)ı kapsam dışı bırakmama, hastalık ek primi, hastalık limiti ve/veya hastalık katılım payı uygulamamayı taahhüt eder. Sigorta ettirenin sahip olduğu son ürünün satışının durdurulması halinde grup poliçesi muadil bir ürün veya teminatlarla yenilenir. Ömür boyu yenileme güvencesi kişiye özeldir. Poliçedeki her bir fert için ayrı değerlendirme yapılır.

Sigortalılara ömür boyu yenileme güvencesi verilme kuralları Groupama Sigorta'da kesintisiz devam etmek şartıyla ilk sigortalanma tarihlerine göre değerlendirilecektir.

i- Grup sigortalısı olarak başlanmışsa : Sigortasının başladığı poliçe yılında geçerli grup poliçesi özel şartlarında,

ii- Ferdi sigortalı olarak başlanmışsa : Sigortasının başladığı tarihte geçerli ferdi poliçe özel şartlarında yazılı olan ömür boyu yenileme güvencesi şartları kapsamında değerlendirilecektir.

Aşağıdaki şartlar 15/08/2012 tarihinden sonra ilk defa sigorta kapsamına alınan kişiler için geçerlidir. Sağlık sigortasının kesintisiz olarak en az 4 yıl Groupama Sigorta'da (yenileme güvencesinin geçerli olduğu ürünlerde) ya da başka bir sigorta şirketinde devam etmiş olması koşulu ile son 4 yıl içinde her bir yılın hasar/prim oranının ayrı ayrı % 80'nin altında gerçekteşmesi halinde, Groupama Sigorta sigortalının poliçesinin devamı için belirlenecek muafiyet, ek prim, limit veya katılım payını belirleyerek ömür boyu yenileme güvencesi verilip verilmeyeceğini değerlendirir. Bu değerlendirme neticesinde Yenileme güvencesi kararı verildiği taktirde belirlenmiş şartlar haricinde yenilemelerde bu güvencenin kazanılmasından sonra teşhis edilen ve sigorta kapsamında teşhis/teğavi masrafları ödenen rahatsızlıklarla ilgili risk değerlendirme yapmama, özel olarak sigortalıya yönelik uygulamalarla bu hastalık(lar)/rahatsızlık(lar)ı kapsam dışı bırakmama, hastalık ek primi, hastalık limiti ve/veya hastalık katılım payı uygulamamayı taahhüt eder.

Diğer sigorta şirketinden geçişte kazanılmış hakları verilmiş ise önceki sigortalılık süreleri de yenileme güvencesi kazanmaları için değerlendirmeye alınacaktır.

Ömür Boyu Yenileme Güvencesi'ne hak kazanmış olan sigortalıların yenileme döneminde bir üst plana geçiş talebi olması halinde veya ayakta tedavi teminatı içermeyen planlardan ayakta tedavi teminatı içeren planlara geçiş talebi olması halinde Groupama Sigorta yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu talebin karşılanıp karşılanamayacağına karar verir. Değerliklik talebinin uygun görölmesi halinde ömür boyu yenileme güvencesinin şartları yeniden düzenlenir.

Ömür boyu yenileme güvencesi verilen sigortalının bu güvence verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan ve sigortalı tarafından bilinen ancak sigortacının bilgisi dahilinde olmayan rahatsızlık / hastalık durumunda, sigortacı durumu öğrendiği tarih itibari ile ömür boyu yenileme güvencesine son verme, ek şart ve/veya hastalık ek primi ve/veya limit ve/veya katılım payı uygulayarak devam ettirme hakkına sahiptir.

Groupama Sigorta 'dakigrup sağlık sigortasından ayrılma sebebi işten ayrılma 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. Ancak ömür boyu yenileme güvencesi verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan mevcut hastalıklar için risk değerlendirmesi yapılarak limit , muafiyet, katılım payı, ek prim vs.

belirlenebilecektir. Sözkonusu 30 günlük sürenin aşılması halinde ömür boyu yenileme güvencesi şartları ferdi sağlık poliçesine geçişte farklı şekilde belirlenebilir.

Sigortalının hileli ve kötü niyetli davranışları tespit edildiği takdirde ömür boyu yenileme güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın sigorta akti Groupama Sigortatarafından tek taraflı olarak feshedilir.

10- YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ :

- 10.1 Sigortalı grup üyeleri için sigortaya girişte üst yaş limiti azami 60'dır. Ancak yenileme ve geçişlerde 60 yaş ve üzeri olan grup üyesi için, Groupama Sigorta'nın belirleyeceği oranda ek prim alınır.
- 10.2 Sigortalıların yeni doğan ve doğumu sigortacıya yazılı olarak bildirilen çocukları için aşağıdaki uygulamalar geçerlidir :
 - Doğum masrafları Groupama Sigorta tarafından karşılanmaya hak kazanmış sigortalıların bebekleri , ilk 14 gün içerisinde poliçe yaptırılması şartıyla, sigorta döneminin sonuna kadar ilk günden itibaren gün esaslı prim karşılığı sigortalıdır.Poliçeye giriş için sağlık beyan formu ve doğum belgesi'nin tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.
 - Groupama Sigorta'da poliçesi mevcut olup doğum teminatına hak kazanmayan sigortalıların bebekleri sağlıklı olması şartı ile en erken 14. günden itibaren sigorta döneminin sonuna kadar gün esaslı prim karşılığı sigorta kapsamına alınabilir.
 - Ebeveynleri ile birlikte ilk defa sigorta kapsamına alınacak bebekler en erken 14.günden itibaren poliçe kapsamına alınabilir ve 3 aydan küçük bebekler için sağlık beyan formu yanında doğum belgesi'nin gönderilmesi gerekmektedir.
 - Doğum tarihi itibarıyla 14. günden sonra yapılan başvuruların risk değerlendirmesi yapılması koşulu ile poliçeye giriş tarihi başvuru tarihi olacaktır.Bu girişlerin 2 ay içinde bildirilmesi gerekmektedir.
 - Premature bebekler için (37.haftadan erken doğan veya 2.500 gr altında doğum ağırlığına sahip bebekler) sağlıklı olduklarına dair alınacak doktor raporu ile sigorta kapsamına alınabileceklerdir.Sağlıklı olmayan prematüre bebekler için 6 ay sonra alınacak doktor raporu ile sigortaya giriş için yeniden değerlendirme yapılacaktır.
- 10.3 Bakmakla yükümlü olunan çocuğunun grup poliçesi kapsamında sigortalanabilirliği evlenmemiş olmak şartıyla 25 yaşına kadardır (25 yaş dahil).
- 10.4 11 Ekim 2006 tarihli, "Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi " hakkındaki kanun ve bu kanun uyarınca 9 Ocak 2008 tarihinde yayınlanarak, 1 Nisan 2008' den itibaren yürürlüğe giren " Suç Gelirlerinin Aklanmasının ve Terörün Finansmanının Önlenmesine Dair Tedbirler Hakkında Yönetmelik " gereğince, sigorta şirketleri ve aracı kurumlarının kimlik tespit yükümlülüğü oluşmuştur.

Sigortacılık işlemlerinde, işlem tutarı veya aynı poliçeye ilişkin birbiriyle bağlantılı birden fazla işlemin toplam tutarı 20.000-TL veya üzeri olduğunda aşağıda belirtilen evrakların sigortacıya ibrazı sigortta ettirenin yükümlülüğündedir. Bu kapsamda istenecek belgeler;

- Tüzel kişinin ünvanı
- Ticaret Sicil Numarası
- Faaliyet Konusu
- Açık Adresi
- Vergi Kimlik Numarası
- Telefon numarası, varsa fax numarası ve elektronik posta adresi
- Tüzel Kişiliği temsile yetkili kişi veya kişilerin nüfus cüzdanı fotokopisine imzası

11- YENİ GİRİŞLER ve AYRILMALAR :

Sigorta kapsamına sigorta yılı içinde girecek personel, eş ve çocuklar için ödenmesi gereken prim, gün esasına göre hesap edilerek düzenlenecek poliçe ekinde gösterilir.

- **Personelin mecburi ve kısmi mecburi olduğu gruplarda**, (deneme süresi olan gruplarda) sigortaya giriş işlemi, işe girişinden itibaren en fazla 2ay içinde yazı ile şirketimize ulaştırılması durumunda, işe giriş tarihi itibari ile yapılacaktır. Sağlık beyan formuna kesinlikle düzenlendiği günün tarihi atılacaktır.

- **Eş ve çocukların mecburi olduğu gruplarda**, personelin işe giriş tarihi ile birlikte aynı anda poliçe kapsamına alınmak istenmesi halinde, sigortaya giriş işlemi personel ile aynı tarih itibari ile yapılacaktır. Sağlık beyan formuna kesinlikle düzenlendiği günün tarihi atılacaktır. Eş ve çocukların daha sonra poliçe kapsamına alınmak istenmesi halinde poliçe başlangıç tarihi sağlık beyan formundaki tarih olacaktır.

- **Eş ve çocukların kısmi mecburi ve ihtiyari olduğu gruplarda**, yani şirket çalışanlarının ve aile bireylerinin sigorta kapsamına girmelerinin isteğe bağlı olduğu, aile bireylerinin primlerinin tümünün veya bir kısmının çalışanın maaşından kesildiği gruplarda, sigorta yılı içinde sigortaya yeni giriş sigortacının kabulü halinde, ancak grubun poliçe başlangıç tarihini takip eden 1 ay içinde yapılabilir. Yıl içinde doğan bebekler, evlilik neticesinde bağımlı statüsü kazanan eşler ve işe yeni giren personel bu durumlarını belgeleyerek yıl içinde sigorta kapsamına alınabilecektir. Eş sigorta kapsamına alınmadan yeni doğan çocukların sigorta kapsamına alınması isteniyorsa personel priminin % 80'i çocuk primi olarak alınacaktır.

Sağlık beyan formundaki imza tarihinden itibaren en fazla 2 hafta içinde, şirketimize giriş bildirimini yapılması gerekmektedir. Bu durumda giriş işlemi yukarıdaki şartlarda gözönüne alınarak istenen tarih itibari ile yapılacaktır. 2 haftadan daha eski tarihli sağlık beyan formlarıyla başvuru yapılması halinde yeni sağlık beyan formu doldurulması gerekmektedir.

Sigorta yılı içinde sigortadan ayrılan sigortalıların teminatı otomatik olarak sona erer. Mecburi ve kısmi mecburi gruplarda mecburi katılımı kişilerin sigortadan ayrılması halinde, sigortadan ayrılan kişinin primi gün esasına göre hesap edilerek sigorta ettirene iade edilir.

Çıkış işlemi, sigortalının işten çıkış tarihi itibarıyla 2 hafta içinde şirketimize bildirilmesi halinde, ödenmiş olan son tazminat tarihinden önce olmamak kaydıyla çıkış tarihi itibarıyla yapılır. 2 haftadan sonra bildirilmesi durumunda ödenmiş olan son tazminat tarihinden önce olmamak kaydıyla çıkış yazısının Groupama Sigorta'ya ulaştığı tarih itibarıyla çıkış yapılır.

Kısmi mecburi gruplarda isteğe bağlı katılım ile sigortalı olan kişi işten ayrılmış olması nedeniyle gruptan ayrıldığını belgelediği takdirde gün esaslı prim iadesi yapılır.

Personel poliçesinin iptal edilmediği durumlarda eş ve çocuklara ait yıl ortasında poliçe iptali de yapılmayacaktır.

Sigorta süresi dolmadan sigorta ettiren tarafından grup sağlık poliçelerinin iptal ettirilmesi halinde; Alınan son hasar tarihinden önce olmamak kaydıyla gün esasına göre prim tahakkuk ettirilerek iptal işlemi yapılır;

25 yaşından küçük, bakmakla yükümlü olunan ve çocuk bağımlı olarak sigorta kapsamına alınan kişilerin, sigorta süresi içerisinde evlenmeleri halinde, evlenme tarihi itibarıyla grup poliçesinden çıkışı yapılacaktır.

12- GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR :

Sağlık sigortası sistemine dahil olan, yeni sözleşme döneminde şirket değişikliği gerçekleştiren sigortalılar için uygulanacak kurallar aşağıdadır;

- 12.1 Sigortacı, önceki poliçesi diğer şirkette olan sigortalıya risk değerlendirmesi sonucu kazanılmış hak verip vermemekte serbesttir. Diğer şirketin sigortalısına kazanılmış haklarını verirken son sağlık durumunu belirten beyanını, sosyal ve/veya özel sağlık sigortalılığına ilişkin kayıtların ibrazını ve ek tetkiklerini isteyebilir, Sigorta Bilgi Merkezinden, önceki sigorta şirketlerinden veya sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alabilir. Groupama Sigorta mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müşteşarlığı ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumu ile sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde sigortalılara ait her türlü bilgi ve belge (tazminat, teminat detayları vb) alışverişinde bulunabilir. Groupama Sigorta'nın sağlık sigortası ürününe sahip kişiler sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde resmi kurumlarla yapılacak bilgi ve belge alışverişini peşinen kabul etmektedir.
- 12.2 Sigortalının, önceki poliçesinin özel şartlarında/teminatlarında yer alan ama yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda/teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir. Ancak, yeni dönem için geçerli özel şartlarda mevcut olan ama bir önceki dönem özel şartlarda yer almayan haklar sigortalı için de geçerli olacaktır.
- 12.3 Sigortalı, Groupama Sigorta veya önceki sigorta şirket(ler)ine verdiği sağlık beyanında ihbar yükümlülüğüne uymadığı takdirde kazanılmış hakkından söz edilemez.
- 12.4 Kazanılmış hakların verilebilmesi için, sigortalının bir önceki poliçesinde en az 1 yıl sigorta kapsamında olması ve sigorta bitiş tarihinden itibaren 30 günden fazla süre geçmemiş olması gerekmektedir. Sigorta süresi 1 yıldan kısa olan sigortalılar için bekleme süreleri bir önceki şirketin sigorta başlangıç tarihinden itibaren hesaplanır.
- 12.5 Kişinin diğer sigorta şirketi/şirketlerindeki ilk sigortalanma tarihinden de önceye dayandığı tespit edilen rahatsızlıkları önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi kazanılmış hak kapsamına girmez. Bu rahatsızlıklar teminat haricidir.
- 12.6 Diğer bir sigorta şirketinden geçişlerde ömür boyu yenileme güvencesinin devamı ile ilgili süreçler aşağıda tanımlanmaktadır;
- En az dört yıl kesintisiz olarak sigortalı olan , son 4 yıl her bir yıl hasar/prim oranı % 80'in altında kalan, 1.derece riskli hastalıkları bulunmayan ve diğer şirkette yenileme güvencesi hakeden sigortalılara Groupama Sigortayenileme güvencesi verilip verilmeyeceğini değerlendirir.
 - Diğer Sigorta Şirketlerinden geçiş yapan sigortalıların ÖBYG değerlendirmeleri; talep edilen tarihten itibaren geriye dönük 4 yıla bakılarak yapılacak olup önceki sigortalılık dönemleri değerlendirmeye alınmayacaktır.
 - Diğer sigorta şirketinde henüz yenileme güvencesi kazanmamış sigortalıların, geçişte kazanılmış hakları verilmiş ise; Groupama Sigorta da geçen 1. Sigortalılık yılı sonunda sigortalı kalınan son 4 yıla ait (Groupama Sigorta'da 1 yıl + önceki 3 yıl) sigortalılık süreleri de yenileme güvencesi kazanmaları için değerlendirmeye alınacaktır.
 - Kişilerin önceki sigorta şirketlerindeki yenileme güvencesi belgelerini veya son 4 yıla ait kişi bazında ödenen prim, ödenen hasar bilgilerinin de yer aldığı hasar / prim oranı listelerini Groupama Sigorta'ya en geç bir ay içinde ulaştırmaları gerekmektedir.
 - Geçişlerde Groupama Sigorta risk değerlendirmesi sonucu bazı hastalıklar için ek prim veya muafiyet, hastalık limiti belirleyerek bu hakkı verebilir.

13- VERGİ AVANTAJI:

GELİR VERGİSİ YÖNÜNDEN

- a) Bordro ile gelir elde edenler (ücretliler)
- b) Beyana tabi gelir vergisi mükellefleri

ödedikleri sigorta primlerini Gelir Vergisi Kanununun 63/3 maddesinde belirtilen şartlar dahilinde **gelir vergisi matrahından** indirebilirler.

14- VERGİ - RESİM VE HARÇLAR :

Tarife primleri üzerinden geçerli mevzuata göre tahakkuk ettirilecek vergi resim ve harçlar sigortalı / sigorta ettirenden alınır.

15- TEBLİGAT ADRESİ:

Bir taraf sözleşmede gösterilen adresini değiştirdiği takdirde, bu hususu, diğer tarafa yazı ile bildirmek durumundadır. Aksi takdirde, eski adrese yapılan tebligat geçerli sayılacaktır.

16- İHTİLAFLAR:

İşbu sigortadan dolayı doğabilecek uyuşmazlıkların halinde İstanbul Mahkemeleri ve İstanbul İcra Daireleri yetkilidir.

17- EK:

Ek Protokol

VAR

YOK

İşbu sözleşme, iki asıl nüsha olup, taraflarca/...../..... tarihinde imza ve teati olunmuştur.

GROUPAMA SİGORTA A.Ş.
Kaşe/İmza/Tarih

SİGORTA ETTİREN
Kaşe/İmza/Tarih

YURT İÇİ VE ULUSLARARASI ACİL YARDIM HİZMETİ :

Yurtiçi ve uluslararası acil yardım hizmetleri Groupama Sigorta tarafından tayin edilen asistans hizmeti veren şirket tarafından yürütülmektedir.

COĞRAFİ KAPSAM

Hizmetler, Türkiye dahil tüm Dünya'da geçerlidir (Alternatif Plan F için sadece Türkiye sınırları içinde geçerlidir).

HİZMETLER

A) TIBBİ HİZMETLER

1. Tıbbi Bilgi ve Danışmanlık

Acil olan veya olmayan her türlü sağlık problemi ile ilgili olarak sigortalıya karşılaştığı sağlık problemi konusunda bilgi verilir. Doktor, uzman doktor, diş hekimi, hastane, teşhis merkezleri, eczane isimleri, adresleri ve telefon numaraları bildirilir. Karşılaşılan sağlık problemi konusunda alınması gereken önlemler ile ilgili tavsiyede bulunulur ancak tanı konmaz, ilaç önerilmez.

2. Tıbbi Nakil

Hastaneye Nakil

Asistans şirketinin, sigortalının hayatını tehdit eden bedeni yaralanma ve ciddi hastalık gibi acil durumlarda sigortalının, en yakın donanımlı hastaneye veya sağlık kurumuna kara veya hava ambulansı ile naklini sağlayacaktır.

Hava ambulansı ile nakil, Avrupa ülkeleri ve Akdeniz ülkeleri ile sınırlıdır.

Bir Hastaneden Diğesine Nakil

Gerektiğinde, sigortalının asistans şirketinin belirleyeceği bir araçla (kara/hava ambulansı, tarifeli uçuş) bedensel zarar ya da hastalığa özel daha uygun ekipmanlı bir hastaneye, gereken gözetim altında doğrudan nakli sağlanır. Bir tıbbi merkezden diğer tıbbi merkeze nakil, ancak, bulunulan tıbbi merkezde hastaya yapılacak tedavi için gerekli donanım ve tıbbi ekip yoksa sağlanacaktır. Naklin yapılabilmesi için, tedavi eden doktorun düzenleyeceği tıbbi rapor gerekmektedir.

Eve / İkamet Yakınındaki Hastaneye Nakil

Tedavinin bitiminde, sigortalının asistans şirketinin belirleyeceği bir araçla, daimi ikametgah iline ya da ikameti yakınındaki uygun hastaneye veya sağlık merkezine, gereken gözetim altında, doğrudan nakli sağlanır.

Asistans şirketinin medikal ekibi ve tedavi eden hekim, Lehdarın sağlık durumunun, sıradan bir yolcu gibi nakline müsait olup olmadığını ya da başka ilave düzenlemelerin gerekli olup olmadığını; bedensel zarara da hastalığa uygun nakil aracını (kara ambulansı, hava ambulansı, tarifeli uçuş, v.b) tedavi eden doktorun yazılı raporu doğrultusunda belirleyeceklerdir.

3. Gerekli İlaçların Sevki

Seyahat esnasında, (tıbbi gerekliliği asistans şirketinin medikal ekibi tarafından onaylanan) eşdeğeri bulunamayan reçete edilmiş ilaçlar temin edilir, masrafı Lehdar tarafından karşılanır. Nakliye ücreti 10 kg.'a kadar ödenir.

4. Hastaneden Taburcu Oluşu Takiben Otelde Konaklama

Sigortalının yurtdışında veya Türkiye sınırları içerisinde ikamet etmiş olduğu il dışında bir hastanede yatışını takiben, tedavi eden doktoru ve asistans şirketinin medikal ekibi tarafından gerekli görülmesi durumunda, sigortalının uygun bir otelde konaklaması azami birbirini izleyen 5 gece ve gecelik azami 100 USD'la sınırlı olmak üzere ödenir.

5. Refakatçi Nakli

Sigortalının, 7 günden fazla hastanede kalması durumunda, bildireceği bir yakınının hastaya refakat edebilmesi için ulaşım gideri ödenir.

Yurtiçi için gidiş-dönüş otobüs bileti veya 500 Km'yi aşan mesafeler için gidiş dönüş ekonomi sınıfı uçak bileti, yurtdışı için ise ekonomi sınıfı uçak bileti sağlanır.

6. Refakatçi Yakınının Konaklama Giderleri

Sigortalının hastanede 7 günden fazla kalmasının gerektiği durumlarda, bir yakın akrabasının konaklama masrafları oda/kahvaltı olmak üzere azami 4 yıldızlı otelde veya refakat edilen hastanede azami birbirini izleyen 7 gece olmak kaydıyla konaklama masrafları ödenir.

Refakatçiye, hastanenin bulunduğu bölgede 4 yıldızlı otel yok veya 4 yıldızlı otellerde yer müsait değil ise, 3 yıldızlı bir otel temin edilecektir. otel asistans şirkettarafından belirlenir.

7. Refakat Edilemeyen Çocukların Dönüşü

Sigortalının tıbbi bakımı esnasında seyahat sırasında yanında bulunan, 15 yaş ve altındaki çocukların (varsa mevcut biletleri de kullanılarak) ülkeye / ikametgaha refakatçi eşliğinde geri dönüşleri, ödenir.

Yurtiçi için gidiş-dönüş otobüs bileti veya 500 Km'yi aşan mesafeler için gidiş dönüş ekonomi sınıfı uçak bileti, yurtdışı için ise ekonomi sınıfı uçak bileti sağlanır.

8. Tedavi Sonrası İkametgaha Geri Dönüşün Sağlanması

Daimi ikametgah ilinin dışındaki tedavisinin bitiminde sigortalının daimi ikametgahına nakli sağlanacak ve ilgili giderleri karşılanacaktır..

Asistans şirketinin medikal ekibive tedavi eden hekim, Lehdarın sağlık durumunun, sıradan bir yolcu gibi nakline müsait olup olmadığını ya da başka ilave düzenlemelerin gerekli olup olmadığını; bedensel zarara da hastalığa uygun nakil aracını (kara ambulansı, hava ambulansı, tarifeli uçuş, v.b) tedavi eden doktorun yazılı raporu doğrultusunda belirleyeceklerdir.

9. Sigortalının Cenazesinin Tıbbi Şartlara Uygun Nakli

Sigortalının daimi ikametgah ilinin dışında vefat etmesi durumunda Asistans şirket, cenazenin Türkiye sınırları içerisindeki defin yerine naklinin organizasyonu için tüm gerekli tedbirleri alır ve uluslararası tıbbi şartlara uygun taşıma için gereken tabutun ve kalan eşyaların defin yerine naklini üstlenir.

Cenaze töreni ve defin masrafları kapsam dışıdır.

10. Sigortalının Vefatı Halinde Aile Fertlerinin Dönüşü

Sigortalının daimi ikametgah ilinin dışında vefat etmesi durumunda, ailesinin önceden öngörölmüş imkanlar ile eve dönüşü imkansız ise, var ise mevcut biletlerini de kullanmak suretiyle Asistans şirket, bu kişilerin daimi ikametgahlarına dönüşlerini düzenler ve masrafları karşılar.

11. Daimi İkametgaha Öngörülmeyen Dönüş (Yakının Vefatı Durumunda)

Sigortalının, ikametgahındaki akrabasının vefatı nedeniyle daimi ikametgah adresine acilen dönmesi gerekiyor ise, asistans şirketsigortalının geri dönüşünü organize eder ve ulaşım masraflarını öder.

Yurtiçi için gidiş-dönüş otobüs bileti veya 500 Km'yi aşan mesafeler için gidiş dönüş ekonomi sınıfı uçak bileti, yurtdışı için ise ekonomi sınıfı uçak bileti sağlanır.

** Geridönüş sonrasında Lehdar vefatı resmi bir evrak ile belgelendirmelidir.*

12. Sigortalının Yakınının Sağlık Durumunun İzlenmesi

Sigortalının bir yakınının bedeni zarar veya hastalığı durumunda, yakınının sağlık durumu Asistans şirketmedikal ekibi tarafından takip edilir ve durumundaki değişiklikler sigortalıya bildirilir.

13. Acil Mesajların İletilmesi

Asistans şirketskendi müdahale ettiği vakalarda, istenir ise sigortalının ikamet ettiği yerdeki arkadaşları, iş çevresi ve akrabalarıyla karşılıklı olarak acil mesaj alışverişinde bulunmasını sağlar.

B) SOSYAL HİZMETLER

1. Turistik, Kültürel ve Sosyal Aktivitelerle İlgili Rezervasyon/Bilet Alımı/

igortalı adına yukarıda sözü edilen kültürel, sportif ve seyahat amaçlı aktivitelerde mümkün olan durumlarda rezervasyon yapılır. Rezervasyona ait ulaşım giderleri sigortalıya ait olup hizmet ile ilgili olarak sigortalı onayı alınmak suretiyle teslimat yapılır.

2. Otel Rezervasyonları

Sigortalı tarafından talep edilen tüm rezervasyonlar, Türk Turizm Acentaları tarafından yapılır ve uygulanan indirimler ve diğer promosyonlar sigortalılara aynen yansıtılır.

3. Kiralık Araç Rezervasyonları

Türkiye'de Europ Assistance tarafından sigortalı adına yapılacak kiralık araç rezervasyonlarında Kiralık Araç Acentelerinin uygulamış olduklarıindirim oranları Sigortalıya komisyonsuz olarak yansıtılacaktır.

4. Uçak Bileti Alma / Ulaştırma

Sigortalı adına ücret / yer / tarih / mevki onayı alınmak kaydıyla yurt içi ve yurt dışı uçak bileti alınır. Sigortalının bildireceği adrese biletin ulaştırılması gideri ile ilgili onayı üzerine teslimat yapılır.

5. İş Organizasyonları

İş gereçleri ve ihtiyaçları (mütercim-tercüman hizmetleri, kongre-seminer-konferans, açılış, toplantı ve benzeri organizasyonlar, ses, ışık projeksiyon gereçleri, faks, mobil telefon, PC kiralama) ücret / yer / tarih / özellik onayı alınmak kaydıyla sigortalıya liste fiyatı üzerinden %5 indirim oranı ile sağlanır. Bilet ücretleri, bilet taşıma giderleri, posta hizmetleri, hizmet / araç / gereç kiralama, sigorta veya iptal bedeli gibi meblağlar önceden onayı alınmak kaydıyla sigortalının hesabından tahsil edilir.

C) SEYAHAT YARDIM HİZMETLERİ

Aşağıdaki hizmetler sadece, sigortalının yurtdışında seyahatte olduğu durumlarda geçerlidir.

1. Pre-Travel Service

Kart Sahibine vize, pasaportlar, girişteki aşı istekleri, gümrükler ve kuralları, döviz kurları ve vergiler, hava durumu, bankalar, elçilikler ve konsolosluklar hakkında ön bilgi verilir.

2. Seyahat Dökümanlarının Kaybı

Kaybolan veya çalınan kredi kartları, kimlikler veya seyahat dökümanlarının bulunması veya ikamesi için, yerel otorite ve kurumlarda izlenmesi gereken prosedür hakkında bilgi verilir.

3. Sigortalının Yakınının Sağlık Durumunun İzlenmesi

Sigortalının Türkiye'deki bir yakınının bedeni zarar veya hastalığı durumunda, yakınının sağlık durumu Groupama Assistance medikal ekibi tarafından takip edilir ve durumundaki değişiklikler yolculukta bulunan sigortalıya bildirilir.

4. Kefalet İçin Avans Ödeme

Sigortalının yasal işlemlerle ilgili teminat göstermesi gerekirse veya trafik kazası neticesinde tutuklanırsa, 2.000 USD'a kadar kefalet ücreti sigortalı namına avans olarak ödenir. (Söz konusu masraflar, KKM'den provizyon alınarak sigortalının kredi kartına harcama olarak kaydedilebilir veya sigortalının serbest bırakılışını takiben 15 gün içerisinde Asistans şirketegeri ödenmelidir).

5. Avukat Danışman Giderleri

Sigortalının özel hayatında (herhangi motorlu taşıt kullanılması, mülkiyeti veya muhafazası sırasında meydana gelen kazalar dışında) bir kaza neticesinde oluşan hukuki durumlarda :

a)Bulunduğu ülkenin medeni kanunlarına göre yasal hakları konusunda bilgi verilmesi için,

b)Kaza sonucunda oluşan ve sigortalının şahsi yaralanması veya kişisel eşyalarına 300 USD'ın üzerinde verilen zararlar için üçüncü şahıslara açılan tazminat davalarının yürütülmesi için asistans şirketi , sigortalıya bir hukuki danışman / avukat sağlar.

2.000 USD'a kadar olan hukuki masraflar Asistans şirketitarafından karşılanır.

6. Acil Durumlarda Avans Ödeme

Sigortalının yurtdışında acilen hastaneye yatırılması durumunda veya kartın kaybedilme, çalınma sebebiyle kullanılmadığı durumlarda asistans şirketice, sigortalı namına acil masrafları ilgili kurum(lar)a sigortalı adına garanti eder veya avans olarak öder.

7. Kayıp Bagajın Bulunup Ulaştırılması

Asistans şirketi, raporların hazırlanmasında sigortalıya yardım sağlayacak ve kayıp bagajların bulunması için gereken görüşmelerde ona tavsiyelerde bulunacak veya yardımcı olacaktır.

Bagajın bulunması halinde, Groupama Assistance söz konusu bagajı daimi ikametgaha veya seyahat için tasarlanan varış yerine gönderecektir.

YURTİÇİ VE ULUSLARARASI ACİL YARDIM HİZMETİ GENEL İSTİSNALARI

1- Sigortalının, asistans şirketininön izni olmadan **Kara Ambulansı** dışında doğrudan doğruya kendisinin ödediği masrafları geri alma hakkı olmayacaktır. Kara Ambulansına ait faturalar **ilgili teminatlimitleri dahilinde** ödenecektir.

2- Aşağıdaki nedenlerden ileri gelen hasarlar kapsam dışıdır :

- a) Savaş, istila, yabancı düşman hareketi, çatışma (savaş ilan edilmiş olsun olmasın), iç savaş, isyan, ayaklanma, terörist-askeri-inzibati güçler, halk hareketleri.
- b) Kasten kendini yaralama veya Lehdarın bir suça iştiraki.
- c) Lehdarın her türlü araba yarışına ya da gösterilerine yarışmacı olarak iştirak ettiği sırada oluşan hasarlar.
- d) Lehdarın meşru müdafa hariç herhangi bir kavga / dövüşe karışması nedeniyle hasar.
- e) Profesyonel olarak ya da resmi bir yarışma veya gösteri için eğitici sıfatıyla spor yapılması nedeniyle hasar.
- f) Herhangi bir nükleer yakıttan ileri gelen ionizasyon 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 hasar.
- g) Alkol zehirlenmesi veya (ehliyetli bir hekimin talimatı ve reçetesi doğrultusunda tedavi amacıyla alınanlar hariç) ilaç / uyuşturucu zehirlenmesinin etkisi altında iken ya da bu etkiden ileri gelen tam veya kısmi iş görememezlik durumu nedeniyle hasar.
- 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) Akıl hastalığı veya kişilik kaybına bağlı olarak kendisine, üçüncü kişilere ve çevresine zarar verdiği olaylar.
- k) 92 günü aşan yurtdışı seyahatleri

SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Acil bir durumda sigortalı Groupama Sigorta'nın İstanbul merkezini 24 saat boyunca, kendisine verilmiş olan **0 850 250 50 50** numaralı telefondan "0"ı tuşlayarak herhangi bir şahsi girişimde bulunmadan önce ayarak :

- Adını ve Soyadını, poliçesinin başlangıç ve bitiş tarihlerini,
- Kendisine ulaşılabilir yer ve telefon numarasını,
- Karşılaştığı problemi ve istenen yardımın türünü bildirmelidir.

TIBBİ NAKİL

Eğer Lehdar tıbbi nakil için başvuruyorsa şunları temin etmelidir :

i) Asistans şirketininbir an önce devreye girebilmesi için, kendisi ya da yükümlü olduğu kişinin:

- ✓ Kaldırıldığı hastanenin adı, adresi ve telefon numarası.
- ✓ Tedavi eden doktorun ve varsa aile doktorunun adres ve telefon numarası.

ii) Asistans şirketininmedikal ekibi veya temsilcileri Lehdarın durumunu tesbit edebilmek için onun yanına serbestçe girebileceklerdir. Şayet bu yükümlülük yerine getirilmezse ve haklı bir itiraz olması hariç, Lehdar tıbbi yardıma hak kazanmayacaktır.

iii) Herhalükarda asistans şirketi tedaviyi üstlenen doktor ile mutabık kalarak nakil tarih ve aracını tayin edecektir.

iv) Hastanede yatmayı gerektiren bedeni zarar/yaralanma durumunda Lehdar veya onun adına hareket eden kişi olayın vuku tarihinden itibaren 48 saat içinde asistans şirketinihaberdar edecektir. Bu haberin verilmemesi halinde, asistans şirketi ortaya çıkacak masrafları Lehdara ödememe hakkına sahip olacaktır.

GENEL HÜKÜMLER

i) Sınırlama

Bir hasar sonucunda oluşan talep ortaya çıktığında, Lehdar bu hasarı sınırlamak yada durdurmak için çaba sarfetmek durumundadır. Kapsam dışında yapılan tüm masraflar ve Lehdar adına ödenen bedeller, Lehdarın önceden onayı alınması koşulu ile kendisinden tahsil edilir. Sigortalının onay vermediği durumlarda, asistans şirketitance sigortalının talebi üzerine meydana gelen hasarı asistans limitleri dahilinde karşılamakla yükümlüdür.

ii) İstirdat (Geri Alım)

Lehdar asistans şirketininilgili kaynaklardan gerekli ödemeleri geri alabilmesi için asistans şirketine her türlü belgeyi sağlayacak ve formaliteleri yerine getirecektir.

KEFALETİN TESLİMİ

Sigortalı lehine kefalet ödenecek ise, ödenecek tutar karşılığında sigortalının borç senedi imzalama zorunluluğu bulunmaktadır. Borç senedi lehdarın akrabası tarafından da imzalanabilir.

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

TEMİNAT KAPSAMI

Madde 1

İşbu sigorta, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve / veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder.

TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Madde 2

Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve / veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

- a- Harp ve harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b- Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c- Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarma hali müstesna, sigortalının kendisini bilerek ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- d- Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- e- Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- f- 3713 sayılı Terör Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve / veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar
- g- Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile
- h- Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

AKSİNE SÖZLEŞME YOKSA TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER

Madde 3

Aksine sözleşme yoksa, aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve / veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır.

- a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması
- b) 2.maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

Madde 4

Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

SİGORTANIN BAŞLANGICI VE SONU

Madde 5

Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin 12:00'de başlar ve öğleyin saat 12:00'de sona erer.

SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME YAPILIRKEN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Madde 6

Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir.

Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlarından kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin / sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarda yapmasını gerektirecek hallerde,

- a- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez. Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.
- b- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren 1 ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren / sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur.

Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12:00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

c- Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.

d- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

- 1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,
- 2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,
- 3- Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse,

Sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

SİGORTA SÜRESİ İÇİNDE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Madde 7

Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür. Sigortacı, değişikliği öğrendiği tarihten itibaren, bu değişiklik, sözleşmeyi yapmamasına veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiriyorsa, 8 gün içinde;

- 1- Sözleşmeyi fesheder veya,
- 2- Prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren istenen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur.

Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12:00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

Değişikliği öğrenen sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta sözleşmesinin aynen devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa, fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

SİGORTA PRİMİNİN ÖDENMESİ, SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI VE SİGORTA ETTİRENİN TEMERRÜDÜ

Madde 8

a) Sigorta priminin tamamının, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin tesliminin karşılığında ödenmesi gerekir. Aksi kararlaştırılmadıkça, prim veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu husus poliçenin ön yüzüne yazılır. Sigorta ettiren kimse sigorta primini ve primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatı, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde sigorta sözleşmesi hiçbir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur. Prim ödenmemiş olmasına rağmen poliçenin teslimi ile sigortacının mesuliyetinin başlayacağını kararlaştırılacağı hallerde, bu bir aylık sürenin ilk on beş gününde sigortacının sorumluluğu devam eder.

Primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde taksitlerin kesin ödeme zamanı, miktarı ve vadesinde ödenmemesinin sonuçları poliçe üzerine yazılır veya poliçe ile birlikte yazılı olarak sigorta ettirene bildirilir.

Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır.

Poliçenin önyüzüne yazılması kaydıyla rizikonun gerçekleşmesi ile henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir.

Bu madde uyarınca sigorta sözleşmesinin feshedilmiş sayıldığı hallerde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Madde 9

A- Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

- Sigorta ettiren / sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.
- Sigorta ettiren/sigortalı söz konusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimlerden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

B- Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

Kaza veya hastalığı müteakip derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır.

Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkına haiz olup bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur.

Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır.

Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında belirtilen yükümlülükler;

a- Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

b- Kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz.

c- Gerekli belgelerin teslimi

Sigorta ettiren veya sigortalı kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını veya asıllarından şüpheyi davet etmeyecek suretlerini tedaviyi yapan hekim veya hastanece doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

MASRAFLARIN TESPİTİ:

Madde 10

İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder.

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz:

a- İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler

b- Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tespit edilir.

a- İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tespit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda, anlaşamadıkları sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir.

Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

b- Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem bilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişileri üçüncü hakem bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf hakem hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.

c- Her iki taraf üçüncü hakem-bilirkişisini bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.

d- Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tespit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdiremez.

İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

e- Hakem-bilirkişiler masraf miktarının tespiti bakımından gerekli göreceklere delilleri, kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

f- Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacı dava edilemez.

Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumundan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

g- Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşamadıkça alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. Maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.

h- Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler.

Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.

ı- Masraf miktarının tespiti teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

TAZMİNATIN SONUÇLARI VE SİĞORTACININ HALEFİYET HAKKI

Madde 11

Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısıyla sorumlu üçüncü kişilere karşı ödediği tutar kadar sigortalının yerine geçer.

MÜŞTEREK SİĞORTA

Madde 12

Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

SIRLARIN SAKLI TUTULMASI

Madde 13

Sigortacı sigorta ettiren/sigortalı hakkında öğrenebileceği sırların saklı tutulmasından doğacak zararlardan sorumludur.

TEBLİĞ VE İHBARLAR

Madde 14

Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığı ile veya yazılı olarak yapılır.

Sigorta şirketinin ihbar ve tebliğleri de sigorta ettirenin poliçede gösterilen adresine bu adreslerin değişmiş olması halinde ise sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye bildirilen son adresine aynı suretle yapılır.

YETKİLİ MAHKEME

Madde 15

Bu poliçeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu veya hasarın ortaya çıktığı sigorta şirketi tarafından açılacak davalarda ise, davalının ikametgahının bulunduğu yerin ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemesidir.

ZAMAN AŞIMI

Madde 16

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

ÖZEL ŞARTLAR

Madde 17

Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klozlara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.