

Sayın Sigortalımız,

Özel Sağlık Sigortası alanındaki yenilikçiliğimizi sürdürerek sizlere en hızlı ve güvenilir sağlık hizmetini, en modern sağlık kuruluşlarında en ekonomik şartlarda alma olanağını Demir Sağlık ve Hayat Sigorta güvencesi ile sunuyoruz.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Özel Şartlarını içeren bu kitapçığın sizleri tüm sigortalılığınız boyunca bilgilendireceğini umar, birlikteliğimizin uzun yıllar sürmesi temennisi ile saygılar sunarız.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş

“Hayata iyi bak”

Bu kitapçık, Demir Sağlık ve Hayat Sağlık Sigortası’nın ayrılmaz bir parçasıdır.

Yayın Tarihi : 20.10.2023

İÇİNDEKİLER

Madde 1 -Sigorta Konusu

Madde 2 -Tanımlar

Madde 3 -Teminatlar

A- Yatarak Tedavi Teminatı

B- Küçük Müdahale Teminatı

C- Hamilelik ve Doğum Teminatı

D- Ayakta Tedavi Teminatı

D1-Doktor Muayene Teminatı

D2-İlaç Teminatı

D3-Tahlil-Röntgen Teminatı

D4-Modern Teşhis Yöntemleri Teminatı

D5-Fizik Tedavi Teminatı

E- Gündelik Bakım parası ve Günlük iş görememe parası Teminatı

F- Ek Teminatlar / Asistans Hizmetleri

Madde 4 - Bekleme Süreleri

Madde 5 - Standart İstisnalar

Madde 6 - Tazminat Ödeme Uygulamaları

Madde 7 - Sigortanın Coğrafi Sınırı

Madde 8 - Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Risk Kabul Değerlendirmesi

Madde 9 - Poliçe Yenilemesi

Madde10 - Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Madde11 - Sigortanın Süresi Ve Primler

Madde12 - Demir Bebek

Madde13 - Sigortaya Kabul ve Kontrol Yetkisi

Madde14 - Geçiş İşlemleri, Kazanılmış Haklar

Madde15 - Sigorta Süresi İçerisinde Yeni Giriş İşlemleri Ve Sigorta Şartlarında Değişiklik Hakkı

Madde16 - Hasar İndirim / Ek Primi

Madde17 - Primlerin Ödenmemesi Veya Sigorta Ettirenin Talebi Sonucu İptal Ve Poliçeden Çıkış Talepleri

Madde18 - Sigorta Ettirenin Veya Sigortalının Vefatı

Madde19 - Kötü Niyet Sonucu İptal

Madde20 - Sigorta Süresinin Sona Ermesinden Sonraki Tedaviler

Madde21 - Rücu Hakkı

Madde22 - Uyarılar, bilgilendirmeler.

Bu özel şartlar, 20.10.2023 tarihi itibarı ile ilk yıl ve yineleme olarak Başvuru Formları düzenlenen tüm Demir Özel Sağlık Sigortası poliçeleri için geçerlidir.

1- SİGORTA KONUSU

Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ek olarak sigortalının bir hastalık ve/ veya kaza halinde, Sağlık Bakanlığı'nca ruhsat verilmiş her tür özel veya resmi sağlık kuruluşunda yatarak ve/ veya ayakta hasta olarak tedavisi için gerekli olan masrafları aşağıda yazılan şartlar ve poliçede belirtilen limitler dahilinde ödenir.

Sigorta teminatı sadece sigorta poliçesinde yer alan kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler teminattan yararlanamazlar. Bu poliçe ile verilmiş sağlık sigortası teminatları poliçe üzerinde ve sertifikada belirtilenler ile sınırlıdır.

Bu poliçede gündelik bakım parası ve günlük iş görememe parası teminatları yoktur.

Bu poliçede başka sigorta şirketinden transfer alınan sigortalılar için kazanılmış hak transferi şartları madde 12 de açıklanmıştır.

İşbu Özel Şartlarda belirtilmeyen hususlarda 23 Ekim 2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak 23 Nisan 2014 tarihinde yürürlüğe giren Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ve Sağlık Sigortaları Genel Şartları ve hükümleri geçerlidir.

2- TANIMLAR

Acil: Sigorta Özel ve genel şartları gereği standart istisnalar içerisinde yer almayan ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısı ile geciktirilmesi mümkün olmayan, tıbbi veya cerrahi tedavi gerektirdiğini belirten haklı bir görüşe yol açan ve Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. Sağlık departmanı tarafından acil olduğuna karar verilen Dünya Sağlık Örgütüncel kabul edilmiş aşğıda belirtilen durumdur.

1. Şuur Kaybına Neden Olan Her Türlü Durum
2. MI, Aritmi, Hipertansiyon Krizler: Geçirilmekte olan kalp krizi, acil tedavi gerektiren kalp ritmi bozukluğu türleri, kan basıncının beyin kanaması vb. ciddi durumlara yol açabilecek derecede yükselmesi.
3. Zehirlenmeler
4. Ciddi Genel Durum Bozukluğu: Yaşlılık, besin yetersizliği, yetersiz bakım, uzun süren ağır hastalık vb. nedenlerle kişinin sağlığının genel anlamda tehlikeli olabilecek derecede bozulması.
5. Trafik Kazası
6. Ani Felçler
7. Migren ve/veya Kusma, Şuur Kaybıyla Beraber olan Baş ağrıları
8. Astım Krizi, Akut Solunum Problemleri
9. Yüksek Ateş: Zehirlenme, enfeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konviziya (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede (Ortalama 39,5 °C ve üzeridir) yükselmesi.
10. Ciddi Alerji, Anaflaktik Tablolar: Kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları.
11. Akut Batın: Mide, bağırsak gibi içi boş organların delinmesi, tıkanması ya da düşümlenmesi, iltihaplanması, vb. gibi acil müdahale gerektiren durumlar.
12. Yüksekten Düşme
13. Ciddi İş Kazaları, Uzuv Kopması
14. Menenjit, Ansefalit, Beyin Apse: Sinir sistemi fonksiyonları dolayısıyla da yaşamsal fonksiyonları etkileyebilecek, beyin ve beyni çevreleyen zarla ilgili iltihabi, infektif hastalıklar.
15. Elektrik Çarpması
16. Ciddi Göz Yaralanmaları
17. Kurşunlanma, bıçaklanma, kavga, terör, sabotaj, vb
18. Renal Kolik: Böbrek taşlarının yol açtığı, ilerlemesi durumunda idrar yolu ya da böbrek hasarına yol açabilecek şiddetli ağrı oluşturan durum.
19. Akut Psikotik Tablolar: Aşırı saldırganlığa yol açan nörolojik ya da psikolojik rahatsızlıklar.
20. Suda Boğulma
21. İntihar Girişimi
22. Donma, Soğuk Çarpması
23. Isı Çarpması
24. Ciddi Yanıklar
25. Yeni Doğan Komaları
26. Başlamış Doğum Faaliyeti (Su Kesesinin Boşalması)
27. Diyabetik ve Üremik Kanama: Diyabet (şeker hastalığı) ve böbrek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar.
28. Genel Durum Bozukluğunun Eşlik Ettiği Diyaliz Hastalığı
29. Akut Masif Kanamalar: Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar.
30. Omurga ve Alt Extremitte Kırıkları: Büyük dış veya iç kanamaya yol açan bacak kırıkları ve her türlü omurga kırıkları.
31. Tecavüz
32. Dekompresyon (Dalgıç) Hastalığı: Halk arasında vurgun yemek olarak tabir edilen durum.

Anlaşmalı Doktor: Anlaşmalı Kurum ağı içinde yer alan Hastaneler, klinikler ve Tıp merkezlerinin kadrolu hekimleri ile Anlaşmalı Kuruluş ağı içerisinde özel bir sözleşme ile yer alan Tıp doktorları.

Anlaşmalı Kuruluş: Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'nin anlaşmalı kuruluş sözleşmesini onaylayarak ve Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'nin "Anlaşmalı Kuruluşlar" listesinde yer alan, Sigortalının poliçe özel ve genel şartlarına uygun olarak seçilen plan doğrultusunda katılım payı dışında ücret ödemeden yararlandığı, tıp doktorları, Hastaneler, tıp merkezleri, klinikler, eczaneler, laboratuvar ve fizik tedavi merkezleridir. Anlaşmalı Kurumlar, Sigortacı tarafından güncellenebilmekte ve/veya değiştirilebilmekte olduğundan, sigorta sözleşmesi/poliçe süresince, sigorta ettiren /sigortalı tarafından anlaşmalı kurum güncel listesine www.demirsaglik.com.tr adresinden ulaşmak suretiyle kontrol edilmelidir.

Sigortacı tarafından bir sağlık kurumunun anlaşmalı kurum olarak tayin edilmesi, bu sağlık kurumu ile her ne şekilde olursa olsun irtibatı olan tüm doktorların da kendiliğinden anlaşmalı kurumların sahip olduğu hak ve imkanlardan faydalanacağı anlamına gelmez. Sigortalının tamamıyla kendi takdirinde olmak üzere herhangi bir zamanda anlaşmalı kurumun herhangi bir doktorunu anlaşmalı kurum kapsamı dışında tutabilmek hakkı saklıdır.

Bir sağlık kurumunun ,anlaşmalı kurumlar listesinde yer alması ,hiçbir şekilde anılan sağlık kurumunun, doktorlarının, ve/veya yardımcı şahıslarının fiil ve hareketleri ile bunlar tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dahil tüm hizmetlerinin sigortacı tarafından garanti edildiği anlamına gelmez.

Anlaşmalı kurumlar, sigortacı ile olan anlaşmaları ve sigorta ettiren/sigortalılara farklı poliçelerde sağladıkları farklı avantaj ve hizmetlere göre, sigortacı tarafından 'anlaşmalı kurum güncel listesi ve teminat tablosu'nda gruplandırılır. Buna göre seçilecek poliçe için, özel, tam ya da kısmi olarak geçerli olacak anlaşmalı sağlık kurumları bulunacaktır.

Anlaşmasız Doktor: Sağlık kurumu faturalarında yer alsa ve kurum bünyesinde hizmet verse dahi, sigortalının anlaşmalı kurum ile yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul etmeyen kadrolu ya da kadrosuz doktorları ifade eder.

Anlaşmasız Kuruluş: Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. ile arasında anlaşmalı kuruluş sözleşmesi bulunmayan ve Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'nin "Anlaşmalı Kuruluşlar" listesinde yer almayan tıp doktorları, hastaneler, tıp merkezleri, klinikler, eczaneler, laboratuvar ve fizik tedavi merkezleri.

Ayakta tedavi hizmeti veren klinikler, sanatoryumlar, fizik tedavi merkezleri, sağlık kulüpleri, bakımevleri, huzurevleri v.b. kuruluşlar, madde (uyuşturucu, alkol v.s.) bağımlılığı konularında uzman olanlar dahil Hastane kapsamına girmez.

Ayakta Tedavi: Bu Poliçe'nin kapsamı dahilinde, hastaneye kaldırılmayı veya hastanede tedavi edilmeyi, gözlem altında tutulmayı gerektirmeyen durumlardaki doktor bakımı ve muayenesi, önerilen ilaçların alınması, tanı amaçlı incelemeler, fizik tedavi, gelişmiş tanı hizmetleri.

Bekleme Süresi: Sigortalının bu sözleşme kapsamında ilk sigortalıma tarihi ile başlayan ve bu Sigorta Sözleşmesi'nin Bekleme Süresi kısmında belirtilen veya varsa Sigorta Şirketi'nin Sigortalı adayının sağlık durumuna göre uyguladığı, belirli tıbbi durumların teminat altında olmadığı süre.

Çıkarma Tarihi: Sigorta ettirenin talebi sonucunda ve / veya sigorta poliçesine sahip olmak için yapılmış olan sözleşme çerçevesinde mevcut poliçe genel ve özel şartlarına ilişkin hükümlerin yerine getirilmemesi durumunda Sigortalının, Sigortacı tarafından teminat kapsamından çıkarıldığı tarih.

Doğum: Hamilelik, doğum ve bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyon.

Fatura Başına Muafiyet: Kabul edilebilir tazminat kapsamına giren, Sigorta ettiren / Sigortalının üstleneceği Sigorta genel ve özel şartları ile limitler dahilinde kabul edilebilir tazminat başına

uygulanan fatura başına toplam tazminat miktarıdır.

Fesih Tarihi: Sigorta ettirenin bizzat kendi talebi ve / veya sigorta mevzuatı genel ve özel şartlarının ilgili maddelerinde belirtilen yükümlülüklerin sigortalı / sigorta ettiren tarafından yerine getirilmemesi sonucunda poliçenin fesih edildiği tarih.

Genel Şartlar: T.C.Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm Sigorta Şirketleri tarafından sağlık sigortalarında uyulması zorunlu olan yazılı kurallar.

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

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

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

Kabul Edilebilir Tazminat: Sigorta genel ve özel şartlarında belirtilen, teminat kapsamına giren bütün tazminatlar.

Kanunen Bakmakla Yükümlü Olunan Kişiler: Sigorta ettirenin veya sigortacı tarafından sigortalı olarak kabul edilmiş kişinin eşi, 18 yaşını doldurmamış çocukları, üvey çocukları ve yasal evlatlıkları ile tam gün eğitimini sürdüren 24 yaşına kadar (24 yaş dahil) bekar çocukları.

Kayıt Tarihi: Sigortalı' nın bir Poliçe çerçevesinde teminat altına alındığı ve daha sonra hiç bir kesintiye uğramadan yenilendiği ilk Poliçe ile teminat altına alındığı gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl.

Kaza: Herhangi bir hastalıktan kaynaklanmayan yüksek enerjili travma sonucunda oluşan (trafik kazası, yüksekte düşme...) ve 24 saat içerisinde acil doktor başvurusu ile Sigorta Şirketi tarafından da onaylanan sigortalının tıbbi olarak kanıtlanabilecek bedensel yara almasına neden olan beklenmedik, ani olay.

Kazanılmış Hak: Sigortalının poliçe yenilemelerini mevcut poliçenin bitiş tarihinden en erken 15 gün öncesi ile Bitiş Tarihi' nden itibaren en geç 30 gün içerisinde yapması durumunda, mevcut poliçe teminatları çerçevesinde geçerliliği devam edecek olan haklardır. Bunlar; Madde 4'de belirtilen bazı hastalıklarda teminatların kullanılabilmesi için geçmesi gereken süre yani bekleme sürelerinin uygulanması ile sınırlıdır.

Kronik Hastalık: Ani başlangıçlı olmayan, yavaş gelişen ve / veya ilerleyen, zaman zaman tekrarlayan ya da sürekli bir sağlık sorununa neden olan hastalık.

Mevcut Beyansız Hastalık: Bu Sigorta Sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında veya öncesinde varolan ve / veya teşhis edilen ve / veya Sigortalı / Sigorta Ettiren tarafından bilinen herhangi bir rahatsızlığın veya hastalığın ve bunlara bağlı gelişen rahatsızlık / hastalıkların Sigorta Şirketi'ne beyan edilmemesi.

Ön Onay Formu: Yatarak tedavi ile Modern Teşhis Yöntemleri ve Fizik Tedavi gibi bazı ayakta tedavi işlemlerinde Tıp Doktoru tarafından doldurulup Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.' ne gönderilecek form.

Ödeme Oranı: Teminat kapsamında gerçekleşen giderlerin yıllık limiti ya da vaka veya hastalık başına limiti aşmaması Kaydıyla, varsa muafiyet tutarı düşüldükten sonra, her bir giderin Sigortacı

tarafından karşılanacak yüzde (%) oranıdır.

Police Başlangıç Tarihi: Police'nin ilk kez veya takip eden her yenilenmesinde yürürlüğe girdiği tarih. (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00)

Police Bitiş Tarihi: Poliçenin geçerlilik süresinin bittiği tarih. (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00)

Senelik Muafiyet: Kabul edilebilir tazminat kapsamına giren, Sigorta ettiren / Sigortalının üstleneceği sigorta genel ve özel şartları ile limitleri dahilinde kabul edilebilir tazminat başına uygulanan senelik muafiyet miktarıdır.

Sigorta Poliçesi: Özel sağlık sigortası sözleşmesini belgeleyen evrak

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

Sigortacı: Tescilli yapılarak işletme ruhsatı alan ve poliçe düzenleyen Sigorta Şirketidir. (Bu Özel Şartlar kapsamında Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.)

Sigorta Ettiren: Bu Sigorta Sözleşmesi için başvuran, başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilen ve bu Sigorta Sözleşmesinin kapsamı içerisinde sorumlu taraf olup kendisi ve Sigortalananacak Kişilerin adına hareket eden ve prim ödemek dahil sözleşmeden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan gerçek veya tüzel kişilik.

Sigortalı: Sigorta ettiren tarafından sağlık sigortası başvurusunda isimleri belirtilen veya sonradan yine Sigorta Ettiren tarafından ilave edilen ve Sigortacı tarafından resmen kabul edilip poliçe kapsamına alınan kişi ve / veya bu kişinin kanunen bakmakla yükümlü olduğu kişilerdir.

Standart Tarife Primi: Sigortalı adaylarının yaşı, cinsiyeti, Sigorta Şirketi istatistikleri ve sağlık enflasyonu dikkate alınarak teminat bazında hesaplanan primdir.

Sigortalı Özel Şartı : Gerek poliçe üzerinde gerekse genel ve özel şartlarda belirtilen ve teminat kapsamı dışında tutulan durumlar ile sertifika dahil poliçede belirtilen istisnai durumlardır.

Sigortalının Katılım Payı: Sigorta ettiren / Sigortalının seçtiği teminat türü doğrultusunda üstleneceği sağlık harcama tutarıdır.

Tanzim Tarihi: Poliçenin düzenlendiği tarih.

Tazminat Talep Formu: Ayakta tedavi işlemlerinde Tıp Doktoru tarafından doldurularak Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.' ne harcama belgeleri ile gönderilecek form.

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

Tıp Doktoru: Hukuken, hastayı muayene etmeye, teşhis koymaya, teşhis ve tedavi için gerektiğinde müdahale etmeye yetkili olan uzman kişidir.

TTBAÜ/HUV: Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi;Türk Tabipleri Birliği merkez konseyinin 6023 sayılı yasasına dayanarak hekimlerin muayene/ tedavi/ tetkik için almaları gereken,asgari ücretleri saptama amacıyla düzenlenmiş birimler listesidir. Ücretlendirme ,belirlenen birimlerin ilgili ilin tabip odalarının belirlenen ve dönemsel olarak değişen katsayı ile çarpımında KDV eklenerek yapılır.

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

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

Yenileme: Sigorta Ettiren' in mevcut Sigorta Sözleşmesi' nin Bitiş Tarihi' nden önce en erken 15 gün veya Bitiş Tarihi' nden itibaren en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yaptırmak için Sigortacı'ya başvurması, Sigortacı ile Sigorta Ettiren'in yeni sigorta sözleşmesi'nin koşullarında mutabık kalarak sigorta süresinin Bitiş Tarihi'nden itibaren mutabık kalınan yeni koşullarla kesintisiz olarak devam ettirilmesi.

Zeyilname: Poliçenin yürürlükte iken, meydana gelen değişikliğini belirten poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düşünülen ek sigorta sözleşmesidir.

3- TEMİNATLAR VE UYGULAMA ESASLARI

A-YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

Doktorun, hastalığın tedavisi için cerrahi bir müdahaleyi veya cerrahi bir müdahale olmaksızın Hastaneye yatırılarak yapılması gereken tedaviyi bir rapor ve Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. Ön Onay Formu ile belirtmesi şartıyla, Hastanede yapılan her türlü tedavi giderleri, poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ve yatarak tedavi teminatından ödenir.

Cerrahi bir müdahalenin söz konusu olduğu yatılı tedavilerde; Hastane yatak-yemek, refakatçi, operatör doktor ücreti, asistan doktor ücreti, anestezi, ameliyathane, müdahale için gereken teşhis yöntemleri, sarfedilen tıbbi malzeme giderleri, kullanılan ilaç giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir.

Titanium ve Platin Network poliçelerde Anlaşmalı kurumlarda Anlaşmasız olarak görev yapan operatör ve anestezi uzmanı ücretleri TTB/HUV Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem birimine göre maksimum 2 x TTB/HUV, Gold Network poliçelerde 1,5 x TTB/HUV, Silver Network poliçelerde ise 1 x TTB/HUV kadar ödenmektedir. Titanium, Platin, Gold ve Silver poliçelerinin tamamında hem kurumun hem doktorun anlaşmasız olduğu durumlarda ödenecek operatör/hekimlik ücreti ise 1 x TTB/HUV Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlandırılmıştır.

Cerrahi bir müdahale olmaksızın yapılan yatılı tedavilerde; Hastane yatak-yemek, refakatçi, gereken tıbbi malzeme, hastalık ve tedavi için gereken tıbbi tahlil ve röntgen giderleri, kullanılan ilaç giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir. Ayrıca Evde bakım, Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz, Koroner Anjiyografi ile ilgili tüm tedavi giderleri yine yatarak tedavi teminatı kapsamında ödenir.

Hastalık ve Kaza sonucu gerekli olacak uzuv ve rekonstrüktif protezler (suni el, kol, bacak v.b.) poliçede yazılı Suni Uzuv limiti dahilinde yatarak tedavi teminatı bünyesinden ödenir.

Sigortalının sözleşme konu ve kapsamına giren ameliyatlar için gerekebilecek ,ameliyat esnasında kullanılan tıbbi malzemelere (canlı ya da kadavradan alınan doku, kalp pili, platin, plak, vida, çivi, tel, fixatör, stent, ventilasyon tüpü , şant, suni damar, greft, port, protez, ortez, stent, kalp kapakları, endoskopik ve artroskopik operasyonlarda kullanılan trokar, tacker gibi özellikli malzemeler v.b.) ait

giderlerin toplam tutarı, yatarak tedavi teminatı içinde yer alan Ameliyat limitinden ve meri poliçe fert priminin 4 (dört) katını aşmamak kaydı ile ödenir.

Kaza zaptı ile ispatlanan trafik kazası sonucu dış tedavi giderleri, sunulan tıbbi bilgiler ışığında Sigortalı' nın sağlık durumu gözönüne alınarak gerekliliği uygun görülen acil taşıma (kara ve hava) ve ambulans giderleri ile Hastanede yapılan her türlü tedavi gideri Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. Sağlık Departmanı tarafından onaylanması şartıyla, poliçede belirtilen ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde yatarak tedavi teminatından ödenir.

Yoğun bakım giderleri yatarak tedavi teminatı kapsamında ödenir. Limitsiz Yatarak tedavi planın seçilmesi durumunda, her bir hastalık için yatarak tedavi teminatı yıllık 60 gün ve bir poliçe yılı içinde toplam maksimum 180 gün ile limitlidir. Normal oda yatışlarında bir (1) gün, yoğun bakım yatışı ise iki (2) gün üzerinden hesaplanarak, tüm toplam yatış süresi gün limitlerinden düşülür. Yatarak tedavi gün limiti sigortalı olunan tüm yıllar boyunca toplam 720 gündür. Sigortalı yoğun bakımda kaldığı sürece ayrıca oda ve refakatçi ücreti ödenmez. Tetkik amaçlı yatışlar bu teminat kapsamı dışındadır. Yenileme Garantisine ilişkin hükümler saklıdır.

Tek anestezi altında birden fazla ameliyatın yapılması ve bunların hepsinin sigorta teminatı kapsamına girmemesi halinde, ilgili hastane ve operatör giderleri, toplam faturanın ya da kapsama girmeyen harcamaya ait faturanın da ayrıca ibraz edilmesi kaydıyla her ameliyat için ayrı TTB/HUV birimleri göz önüne alınarak, ağırlıklı olarak karşılanır. Sigorta kapsamına girmeyen ameliyat estetik amaçlı bir girişim olduğunda, beraberinde yapılan ve sigorta kapsamında olan ameliyatın giderleri karşılanmamaktadır.

Poliçe kapsamında Yurt dışı tedavi teminatı verilmiş olması halinde, Yurt dışında gerçekleşen yatarak tedavi kapsamındaki işlemler anlaşmasız kurum işlemleri olarak değerlendirilerek teminat limiti ve yüzdesi dahilinde ödenir.

Poliçe iptal edildiği veya farklı bir sigorta şirketine geçtiğinde poliçe bitim tarihinden sonra gerçekleştirilecek tedaviler poliçe kapsamında değerlendirilmeyecektir.

Sigortalının acil durumlar hariç planlı provizyon taleplerinde en az 48 saat öncesinden onay alınması ve anlaşmalı sağlık kuruluşunda gerçekleştirilecek tedavilerin provizyon onayları 10 gün içerisinde gerçekleşmesi durumunda geçerli olacaktır. Gerçekleşmeyen provizyon talepleri red edilecek ve yeniden onay alınması gerekecektir.

Kemoterapi ve Radyoterapi sonrasında hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan muayene ve tetkiklere ait giderler ayakta tedavi teminatından karşılanacaktır.

Sigortalının yatış esnasında tanı ile ilgili olmayan tetkik ve tedavileri, ayakta tedavi teminatının olması durumunda ilgili teminattan poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda genel ve özel şartlar çerçevesinde değerlendirilir.

A1) AMBULANS

Sigortalının tıbben hayati tehlike ile karşı karşıya kalmasına yol açacak acil durumu nedeniyle en yakın sağlık kurumuna ulaştırılması için yapılacak kara ambulansı veya hava yolu taşıma giderleri ve/veya sigortalıya yerinde müdahale, Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Sağlık Provizyon Departmanı tarafından onaylanması halinde bu teminat kapsamında poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda genel ve özel şartlar çerçevesinde değerlendirilir.

Hava ambulansı teminatı, sigortalının sağlık durumu, bulunduğu yere en yakın donanımlı sağlık merkezine kara ambulansı ile taşınmasına uygun değilse, hava ambulansı için engel teşkil eden bir durumun olmadığını açıklayan doktor raporu ve Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Sağlık Provizyon Departmanı tarafından onaylanması halinde geçerlidir.

Sigorta Şirketi, Sağlık Provizyon Departmanı ekibince onay verilmemiş ambulans talepleri poliçe

kapsamında değerlendirilmeyebilir.

Kara ambulansı ve sigortacının onayı ile geçerli olan hava yolu ulaşım hizmetine ait giderler sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.

Sigortacı, bu teminat kapsamında kendisine iletilen bilgi ve belgelerle sınırlı olarak yapacağı değerlendirme ve onaylarla ilgili olarak, sigortalıyı yönlendirdiği Anlaşmalı Kurum veya Yardım Servislerinin verdiği hizmet kalitesine ilişkin olarak herhangi bir taahhüt vermediği gibi ulaşım hizmetinin sağlanması sürecinde yaşanacak gecikme, aksaklık veya sair hatalar nedeniyle doğabilecek zarar ve ziyandan sorumlu tutulamaz.

A2) EVDE BAKIM TEMİNATI

Sigortalının yatarak tedavi sonrasında takip eden ilgili kurum hekimi tarafından raporlanan evde uygulanacak tedavi planının Sigorta Şirketi tarafından değerlendirilip, onaylaması koşulu ile taburcu olduğu tarihten itibaren başlamak kaydı ile poliçe yılı içerisinde en fazla 8 haftalık süre bu teminat kapsamında poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde değerlendirilir.

Sigortalının Evde Bakım Teminatı'ndan yararlanabilmesi için, trakeostomili, sık orotrakeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN / IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatöre bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları ve ağır 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 Bakım Teminatı kapsamına girmez. Bu teminat sadece Yurtiçinde geçerlidir.

A3) AMELİYAT SONRASI FİZİK TEDAVİ TEMİNATI

Geçirilmiş ortopedik operasyon sonrasında gereken fizik tedavi giderleri, sigortalının taburcu olduğu tarihten itibaren başlaması ve en geç 2 ay içerisinde gerçekleşmesi kaydı ile maksimum 20 seans ile limitli olarak bu teminattan poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir. Birden fazla vücut bölgesine fizik tedavi uygulanması durumunda, her bölge bir seans kabul edilir.

A4) REHABİLİTASYON

Sigortalının yatarak tedavi kapsamında gerçekleşmiş tedavisi ile ilgili rehabilitasyon giderleri, taburcu olduğu tarihten itibaren başlamak kaydı ile maksimum 56 gün ile sınırlı olarak bu teminat kapsamında poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde değerlendirilir.

Bu teminat; serebral veya spinal travma, serebrovasküler hastalıklar, hemiplejiler, nörolojik hastalıklar, spinal müsküler atrofiler, müsküler distrofiler, miyopatiler için geçerlidir.

B-KÜÇÜK MÜDAHALE TEMİNATI

Türk Tabipler Birliğinde/HUV 149 birime kadar olan cerrahi girişimler, küçük müdahaleler ,cilt kesileri, kırık tedavileri, alçı uygulama, yabancı cisim çıkarılması, eksizyonel biyopsi, krioterapi, omurga ve disk hastalıklarına yönelik enjeksiyonlar, tetik nokta enjeksiyonları, karaciğer ve kemik biyopsileri , tırnak çekilmesi, abse drenajı işlemleri ve 6 ile 12 saat arası hastanede müşahade altında takip bu teminat kapsamında poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda genel ve özel şartlar çerçevesinde değerlendirilir.

Karaciğer ve kemik biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel

biyopsiler ,sigorta sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları dahilinde huv birimi dikkate alınarak bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Bu teminatın kapsamındaki işlemlerin uygulanması sırasında ayrıca anestezi, ameliyathane ve/veya oda ücretinin karşılanması sigortacının ön onayına tabidir.

C- HAMİLELİK ve DOĞUM TEMİNATI

Eğer hamilelik ve doğum teminatı içeren bir plan tercih edilmiş ise normal ve sezaryen doğum ile zorunlu kürtaj doğum teminatından poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ana teminat limiti kapsamında ödenir.

Hamilelikle ilgili takip giderleri eğer poliçede ayakta tedavi teminatı var ise, Hamilelik ve Doğum teminatından karşılanır. Sadece yatarak tedavi teminatı olan poliçelerde hamilelik takiplerine ilişkin giderler kapsam dışıdır.

Bebeğin doğumla ilgili rutin giderleri ve hastaneden taburcu olana kadar gerçekleşen tüm sağlık harcamaları sertifikada belirtilen üst limitle karşılanır. Bebeğin doğumdan kaynaklanan bir rahatsızlığı nedeni ile daha uzun bir süre tedavi görmesi gerekse dahi oluşan sağlık harcamaları bu limiti aşamaz.

Doğum teminatı, poliçe teminat tablosunda belirtilmiş olsa dahi, ilk kez alınmasını takip eden 10. aydan sonra geçerlilik kazanır. Doğum teminatı, limitleri dahilinde tüm dünyada geçerlidir.

Tüm doğum ve hamileliğe ilişkin komplikasyonlar, bu teminat için öngörölmüş bekleme süresinin dolmasından sonra bu teminat kapsamında ödenir.

% 100 lü doktor muayene teminatı uygulaması bu teminatta bulunmamaktadır. Dış gebelik tedavileri yatarak tedavi kapsamında değerlendirilecektir.

D- AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş Hastane, sağlık kuruluğu ve kliniklerde, veya özel muayenehanelerde Tıp Doktoru'nun yapacağı muayene, verdiği reçeteli ilaç, gerekli gördüğü laboratuvar testleri, tahlil-röntgen, ultrasonografi, MR, tomografi, EKG, MR Angio, (kardiak angiografi yatarak tedaviden ödenir) gibi tetkik masrafları ve fizik tedavi masrafları poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ve ayakta tedavi teminatından ödenir.

Anlaşmasız kurumlarda ve yurtdışında gerçekleşen Ayakta Tedavi Teminatı kapsamındaki tüm işlemler Titanium ve Platin Network poliçelerde TTB/HUV Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem birimine göre maksimum 2 x TTB/HUV, Gold Network poliçelerde 1,5 x TTB/HUV, Silver Network poliçelerde ise 1 x TTB/HUV kadar ödenmektedir.

Ayakta Tedavi Teminatları tek başına alınamaz, Yatarak Tedavi Teminatı ile birlikte geçerlidir.

D1. Doktor Muayene Teminatı:

Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş Hastane ve Kliniklerde görevli veya özel muayenehane açmış Tıp Doktoru'nca yapılacak muayenelere ait giderler poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir.

Doktor muayene işlemlerinde, Anlaşmalı doktor kullanılması durumunda poliçedeki doktor muayene teminatı yüzdesine bakılmaksızın % 100 ödeme onayı verilir.

15 gün içerisinde aynı hekime ait muayene giderleri kontrol kapsamında değerlendirilir.

D2. İlaç Teminatı:

Tıp Doktoru'nun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve tazminat talep formunda belirttiği

durumlarda; doktor reçetesinde belirtilen T.C.Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı ilaç giderleri, poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir. Reçetesiz ve kupürsüz alınan ilaç giderleri karşılanmaz.

Reçete başına alınacak ilaçlar için 1 aylık doz kadar ödeme yapılır.

Reçetenin yazıldığı tarihten itibaren en geç 10 gün içerisinde ilaçların alınması gerekmektedir.

D3. Tahlil-Röntgen Teminatı:

Tıp Doktoru'nun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve tazminat talep formunda belirttiği durumlarda tahlil, röntgen (direk/kontraslı) ultrasonografi, mamografi, ekg, artrografi, eeg, emg, odyolojik testler, eforlu ekg, holter, doppler, işitme testi, solunum fonksiyon testi, ürodinamik testler vb.) giderleri ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir.

D4. Modern Teşhis Yöntemleri Teminatı:

Tıp Doktoru'nun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve tazminat talep formunda belirttiği, polisomnografi, tomografi, sintigrafi, MR, mr anjiyo,gastroskopi, sistoskopi, bronkoskopi, hamilelik bozulması sonucu yapılacak zorunlu küretaj dışındaki tüm küretajlar (probe, fraksiyone küretaj, punch veya iğne yöntemi ile tiroid, meme, prostat, testis, lenf bezi, cilt ve doku, iç organ biyopsileri vs...) vb. giderler ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti, herhangi bir tedavi olmaksızın hastanede yatarak yapılsa dahi sigorta sözleşmesi/poliçe teminat tablosunda belirtilen yıllık teminat ve ödeme yüzdesi ve şartları dahilinde modern tanı yöntemleri teminatı kapsamında değerlendirilir.

D5. Fizik Tedavi Teminatı

Tıp Doktoru'nun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve tazminat talep formunda belirttiği fizik tedavi giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda maksimum 15 seansa kadar özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir. Birden fazla vücut bölgesine fizik tedavi uygulanması durumunda, her bölge bir seans kabul edilir. Görüntüleme sonucunda patolojik bir bulgu olmaması durumunda talep edilen fizik tedavi seansları teminat kapsamında değerlendirilmez. (fibromiyalji vb.)

E-HASTANE GÜNDELİK TAZMİNAT, GÜNDELİK BAKIM PARASI VE GÜNLÜK İŞ GÖREMEME PARASI TEMİNATI

Bu poliçede hastane gündelik tazminat, gündelik bakım parası ve günlük iş görememe parası teminatları yoktur.

F- EK TEMİNATLAR / ASİSTANS HİZMETLERİ

Bu üründe plan bazında değişen aşağıdaki ek teminatlar/asistans hizmetler bulunmaktadır. Plana tanımlı teminatlar ve limit

/ adetler bazında alınabilecek hizmetler sertifika üstünde gösterilmiştir.

- F1) Diş paketi
- F2) Göz Muayene
- F3) Psikolojik Danışmalık
- F4) Diyetisyen
- F5) VIP Check-up
- F6) 40 Yaş üzeri PSA / Mamografi
- F7) VIP Transfer
- F8) Online Doktor

4- BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen rahatsızlıklarla ilgili cerrahi veya hastanede yatırılarak yapılan "tüm tıbbi (medikal)

tedaviler ve teşhis işlemleri" poliçenin ilk yılında teminat kapsamında değildir:

- Omurga ve disk hastalıkları (disk hernileri, faset denervasyon, sinir blokajı vb.),
- Higroma, tırnak çekilmesi ve tırnak yatağı revizyonu, trigger finger, eklem rahatsızlıkları (menisküs, kıkırdak sorunları, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği eklemlerindeki bağ rahatsızlıkları gibi vb.),
- Anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür-fistül, pilonidal sinüs vb.) divertiküllere bağlı rahatsızlıklar, sfinkterotomi, her türlü fıtıklar,
- Rahim, rahim ağzı, yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve ameliyatlar, bartolin kisti, endometriozis, sistorektosel,
- Akut böbrek yetmezliği nedeni dışında diyaliz, böbrek ve idrar yolu ameliyatları ve taşları (ESWL), mesane rahatsızlıkları, hidrosel, prostat (TUR dâhil),
- Sinüzit ve sinüs cerrahisi, bademcik, geniz eti, her türlü işitme kusuru (miringotomi, miringoplasti, kemik zincir onarımı, tüp takılması vs. gibi), orta kulak iltihabı ve uyku apnesi cerrahisi,
- Katarakt, glokom, keratoplasti, retina cerrahisi
- Safra kesesi, safra taşları ve safra kanalları rahatsızlıkları, karaciğer hastalıkları, kist hidatik, pankreas ve dalak hastalıkları ile ilgili cerrahi girişimler (kaza sonucu hariç),
- Demir Sağlık ve Hayat Sigorta'da ilk sigortalanma yaşı 40 ve üzerinde olan sigortalıların Kalp ve damar hastalıkları (koroner anjiyografi, by-pass, anjiyoplasti,)
- Her türlü kronik hastalık (hipertansiyon, ülser, reflü, inflamatuvar barsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn), KOAH, astım, şeker, epilepsi, hepatit B, sarkoidoz, nefrit ve tüm romatizmal hastalıklar ve bağ dokusu hastalıkları vb.),
- Tanı ve tedaviye yönelik invaziv girişimler (anjio, ERCP vb.), artroskopik ve laparoskopik girişimler,
- Her türlü organ ve doku nakli (kaza sonucu hariç) ve bunların komplikasyonları
- Her türlü tümör, lipom, verrü, nevüs vb. gibi deriye yönelik yapılan işlemler, hiperplazi, kist (deri-deri altı, böbrek, vajinal v.b.)
- Meme rahatsızlıkları ve ameliyatları, varis, tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları,
- Multipl skleroz
- Demir Sağlık ve Hayat Sigorta'da ilk sigortalanma yaşı 40 ve üzerinde olan sigortalıların radyoterapi, kemoterapi ve kanser tedavisine yönelik diğer giderler
- Hamilelik ve doğumla ilgili giderler (10 ay süre ile)
- GIS kanamaları
- Felç
- Otoimmün hastalıklar (sle, sjögren sendromu vb.)

5- STANDART İSTİSNALAR

Police üzerinde yazılı kapsam dışı haller ile Sağlık Sigortası Genel Şartları 2. ve 3. maddesine ek olarak aşağıda belirtilen özel durumlar teminat dışı bırakılmış olup, sözü edilen bu durumlar için sigorta şirketi tarafından ödeme yapılmaz.

SİGORTACI, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu "Standart İstisnalar"da düzenlemeler yapabilir, "Standart İstisnalar"da yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Sigorta başlangıç tarihinden önce var olan rahatsızlıklar, beyan edilmemiş ve / veya eksik beyana ilişkin maluliyet ve rahatsızlıklarla ilgili harcamalar ile Sigortacıya sigortalanırken bildirilmiş olsa bile poliçe öncesi varolan maluliyet veya hastalığın gerektirdiği ameliyat veya tedavi ile ilgili giderler ile tüm nüks ve komplikasyonları.
2. Doğuştan gelen hastalık (pes planus (edinsel dahil), doğuştan gelen kalp hastalıkları vb.) , sakatlık ve bunlara bağlı rahatsızlıkların, tanısı poliçe dönemi öncesinde konmamış ise ilk teşhisi amacıyla yapılan giderler dışındaki teşhis ve tedavi harcamaları, motor ve mental gelişim bozukluğu, büyüme ve gelişme bozukluğu (Demir Bebek hariç).
3. Tıbbi zorunluluk olsa dahi (fimozis) yapılan sünnet. Sünnet öncesi ve sonrası komplikasyonları (Demir Bebek 3.yıldan sonra hariç)
4. Yapısal bozukluklar (septum deviasyonu, nazal valv cerrahisi, konka hipertrofisi, konka bülloza, halluks valgus, halluks varus, halluks rijitus)

5. Her türlü omurga eğrilikleri (skolyoz, kifoz, lordoz).
6. 20 ile 50 yaş arasındaki sigortalıların Varikosel tanı ve tedavisine yönelik tüm giderler.
7. 7 yaş altı çocuklarda göbek ve kasık fıtığı ile hidrosel (Demir Bebek hariç), gece işemesine ait tedaviler
8. Sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, vb. gibi uzun süreli bakım sağlayan kuruluşlardaki hizmet ve tedavi giderleri.
9. AIDS ve bağlantılı tüm hastalıklar.
10. Cinsel fonksiyon bozuklukları (peyroni, corpus cavernosum yaralanmaları, vaginismus,) ve bunlarla ilgili tetkik ve tedavileri ile cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar "(sifiliz, gonore, şankroid, lenfograniloma venerum, granüloma inguinale hastalıkları, genital condilomlar, HPV enfeksiyonları)" ve bunlarla ilgili tetkik ve tedavi giderleri.
11. Düşük nedenlerinin araştırılması, kısırlık, her türlü tüp bebek ve çocuk sahibi olmak amacıyla yapılan tetkik ve tedaviler (follikül takibi, serklaj, tuboplasti, histerosalpinjografi, spermogram, adhezyolizis vb. gibi).
12. Genetik hastalıklar ile genetik araştırmalar ve tedaviler.
13. Her türlü psikolojik, psikiyatrik bozukluklar ile - alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve hastalıklar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen SİGORTALI' nın geçirdiği hastalık, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,
14. Motorsiklet ile ilgili tüm kazalar (hareket halinde veya durağan) Dağcılık, dalgıcılık, sivil havacılık, özel uçak / planör kullanma, paraşütle atlama, parasailing vb. otomobil sporları, kayak, patinaj, binicilik, su sporları gibi tehlikeli spor ve aktivitelerin amatör veya profesyonel olarak yapılması veya yarışları sırasında oluşan sağlık harcamalarının yıllık 1500 TL üzeri olan kısmı
15. Demans, alzheimer hastalığı, parkinson hastalığı ve geriatrik hastalıklar ile ilgili tüm giderler
16. Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve genel sağlığını korumak amaçlı kullanılan Özel, mineral kombinasyonları ve diğer beslenmeyi destekleyen doğal bitkisel içerikli preperatlar
17. Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmamış veya Sağlık Bakanlığı izni olmaksızın ithal edilmiş tüm ilaçlar ve ilaç olarak kabul edilmeyen ve / veya etken madde içermeyen tüm maddeler (şampuan, korse, bandaj, boyunluk, kolonya, hidrofil pamuk, termometre, şeker ölçüm stikleri ve kartuşları, gazlı bez, ortopedik bot, tabanlık, varis çorabı, dizlik, bileklik, aerochamber, işitme cihazı, vb.), yardımcı tıbbi malzemeler, suni tatlandırıcılar, gözlük camı ve çerçevesi, kontakt lens, lens solüsyonları, nemlendirici amaçlı ürünler, deniz suyu ihtiva eden ürünler, baz kremler.
18. Yatarak Tedavi Teminatında belirtilen durumlar dışındaki her türlü protez, protez tamirleri, ortez, ortopedik tabanlık, atel, boyunluk, dizlik, askı vb., her türlü yardımcı ve haricen kullanılan tıbbi malzemeler (tekerlekli iskemle, işitme cihazı, holter cihazı ve uyku apnesi cihazı (CPAP titrasyonu ve uyku odası dahil) vb. uyku apnesi dışında her türlü nedene bağlı horlama ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler, organ naklinde vericinin ve organın ücreti, kan veren kişiye ait tüm giderler.
19. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler (kaza sonucu olanlar ve meme kanseri sonrası uygulanan rekonstrüktif amaçlı meme protezi hariç) ve aynı seansta estetik işlemle birlikte yapılan diğer girişimler, talenjektazi, cilt hemanjiomlarına yönelik tedaviler, jinekomasti, cinsiyet değiştirme ile ilgili ameliyat ve tedaviler, refraksiyon kusurlarına yönelik müdahaleler (miyopi vb.) ile müdahale öncesi ve sonrasında kullanılan ilaçların giderleri, keratokonus, göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği, ses ve konuşma terapileri, yüzeysel varis tedavisi (skleroterapi), alerji testleri ve aşıları, bağışıklık sistemini güçlendirmeye ilgili Sağlık Bakanlığı onayı olmayan rutin dışı aşı ve ilaçlar, akupunktur, ayurveda, hidroterapi, jakuzi, hipnoz, aromaterapi, estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar, deri kurumasını ve terlemesini önleyen tüm tedaviler, torakoskopik sempatektomi, botox uygulamaları, ksantelezm, kaplıca kürleri, şiropraktik tedavi, kaplıca ve termal merkezlerinde yapılan muayene ve tüm tedaviler (fizik tedavi dahil), çamur banyoları, şifa kürleri, akne ile ilgili tüm giderler, saç dökülmesi ile ilgili tetkik (çinko, biotin vb.), tedavi ve ilaç giderleri, obesite ve aşırı zayıflık ile ilgili tetkik ve tedaviler (ilaç, diyetisyen ve yağ kitle ölçüm testleri dahil), başka bir gerekçe ile yapılıyor olsa dahi zayıflama ameliyatları (mide kelepçesi, sindirim sistemi by-pass operasyonları ve benzerleri) anorexia, sigarayı bırakma ile ilgili tetkik ve tedaviler, masaj, diyet, jimnastik salonları, zayıflama merkezleri vb. konularla ilgili giderler ile estetik ve güzellik merkezleri, ayak bakım merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri ve komplikasyonları, lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayeneleri giderleri ile işitme cihazı satan merkezlerde yapılan işitme testleri giderleri, gıda intolerans testleri.
20. Poliçenin ilk on ayı içinde hamilelik ve doğum teminatı kapsamındaki sağlık harcamaları

21. Sağlık Bakanlığı tarafından resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar veya Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyanın herhangi bir yerinde faz 5 ve üzeri olarak ilan edilen salgın hastalıklara ait her türlü sağlık giderleri
22. Poliçe geçerlilik tarihinde oluşan bir trafik kazası sonucu, hasara uğramış doğal dişlerin eski hallerini almaları için yapılan diş tedavilerinin ve diş protezlerinin dışında, her türlü diş ve diş eti müdahale, tedavi ve protezleri. Diş teminatının seçilmesi halinde dahi ortodontik tedaviler, diş implantasyonu ve implantasyon öncesi, sonrası tetkik / tedavi giderleri, kıymetli madenlerden yapılan kaplamalar.
23. Poliçe geçerlilik süresinde oluşan bir kaza sonucu meydana gelmedikçe plastik cerrahi.
24. Sigortalı hayatını tehlikeye sokmaksızın ayakta tedavi ile yapılabilecek inceleme ve işlemlerin hastaneye yatırılarak yaptırılması, check-up ve check-up kapsamına giren işlemler, hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan ve / veya tanı, tedavi ile doğrudan ilgili olmayan tüm teşhis ve tedaviler ile kontrol amaçlı yapılan tetkik ve tedaviler ile Sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlar tarafından yapılan her türlü tetkik, tedavi giderleri.
25. Koroner BT Angio ve PET tetkik giderleri, koroner arter kalsiyum skrolama, Robotik cerrahi ile yapılan tedaviler, balon sinoplasti giderleri, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkikler,
26. Sigortacı'nın Acil Hizmeti dışında yapılan kara ve hava ambulansı taşıma giderleri.
27. Sigortalının tazminat talebinde bulunurken yaptığı ulaşım, posta, konaklama, yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları ve Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanması vb. giderler.
28. Tıp doktoru tarafından reçete edilmemiş tüm ilaçlar (Diş teminatı olmaması durumunda Diş Hekiminin yazmış olduğu reçeteler) ve doktor istem formunda belirtilmeyen bütün incelemeler.
29. Özel hemşire giderleri, suit oda farkı.
30. Poliçede (sertifikada) belirtilmediği takdirde yurt dışı tedavi giderleri.
31. Kuduz, tetanoz, grip ve 0-5 yaş tüm rutin çocuk aşıları (su çiçeği, prevenar, hepatit A, gibi) haricindeki aşı giderleri ve hastalığa karşı koruyucu her türlü tıbbi işlemler.
32. Alternatif tıp yöntemleri, alternatif tıp merkezlerinde yapılan muayene ve tüm tedavi giderleri, Anti Aging Merkezlerinde yapılan tüm işlemler, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) Kurumu tarafından deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedaviler ile ilgili tüm giderler ile TTB/HUV (Türk Tabipler Birliği) de belirtilmeyen işlemler,
33. Yurtiçi anlaşmasız kurum kurum ve yurt dışı kurumlarda gerçekleşen ayakta tedavilerde sağlık harcamalarında ilgili tedaviye ait toplam fatura tutarının, Titanium ve Platin Network poliçelerde 2XTTB/HUV, Gold Network poliçelerde 1,5 X TTB/HUV, Silver Network poliçelerde ise 1 x TTB/HUV limiti üstünde kalan tutarlar. Yurtdışı yatarak tedavilerde 1 X TTB/HUV üzeri kalantutarlar.
34. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili giderler.
35. Sigortalının ehliyetsiz araç kullanması sırasında gerçekleşen kazalar nedeniyle oluşan tedavi giderleri, sigortalının kazadaki kusur durumuna bakılmaksızın kapsam dışıdır. Sigortalının kullandığı aracın sınıfına uygun ehliyete sahip olmaması da bu kapsamdadır.
36. Mesleki bir sebepten doğan yaralanma ve hastalıklarla (iş kazası ve meslek hastalığı) ilgili olarak yasal yükümlülükler sonucu yapılması gereken ödemeler ile başka bir sigorta kurumu ya da üçüncü şahıslar tarafından yapılabilecek ödemeler.
37. Sigortalı veya Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu / Doktor tarafından yapılan yanlış bilgilendirme sonucu poliçe Özel ve Genel Şartları'na, Teminatlarına aykırı düşen sağlık giderleri. Sigortacı, bu kapsamda gerek sigortalıya ve gerekse sigortalı adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu'na bir ödeme yapmış ise, sigortalıdan rücu en tahsil etme hakkını saklı tutar.
38. Terör ve deprem sonucu gerçekleşen sağlık harcamalarının, 1000 TL muafiyet düşüldükten sonra, poliçe fert primi tutarını aşan kısmı.
39. Göz kapak ameliyatları (pitozis, kapak düşüklüğü gibi)
40. Hiperhidroz tedavisi
41. Asteni ile ilgili giderler
42. Varislerde laser ablasyon ve şimik terapiler, PRP ve ploroterapi giderler
43. Tümör genetiğine yönelik bakılan her türlü tetkik

6- TAZMİNAT ÖDEME UYGULAMALARI

Sigortalının poliçe dönemi içerisinde sahip olduğu teminatlar doğrultusunda kabul edilebilir tazminat tutarı; Sertifikada tanımlı ilgili teminattan, teminat limiti ve ödeme oranı doğrultusunda ödenir.

Teminat limitinden kabul edilen tazminat tutarı düşmektedir.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılan Hastane tedavilerinde, tazminat talebinin değerlendirilebilmesi ve poliçe tanzimi sırasında sigortalı tarafından tercih edilmiş ise doğrudan ödeme anlaşmasının işleyebilmesi için, hasta kabul işlemi sırasında TCKN belirtilerek sigortalılık bilgisinin aktarılması ve işlem yapıldığı dönemde Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Kurum Anlaşmasının devamlılığı gereklidir.

Devlet Üniversitesi Hastaneleri, Kamu Hastaneleri ve Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'nin anlaşmalı kurumunun bulunmadığı iller den gelen tazminatlar için poliçe özel ve genel şartları doğrultusunda anlaşmasız kurumlara uygulanan kısıtlamalar uygulanmaz.

Evvelce Anlaşmalı Kurum listesinde olsa dahi, sağlık harcamasının gerçekleştiği tarihte, Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. ile ilgili sağlık kuruluşu sözleşmesinin geçerli olmaması durumunda doğrudan ödeme söz konusu olamayacaktır.

Yurtiçi anlaşmasız kurum ve yurt dışı kurumlarda gerçekleşen ayakta tedavilerde sağlık harcamalarında ilgili tedaviye ait toplam fatura tutarının, Titanium ve Platin Network poliçelerde 2XTTB/HUV, Gold Network poliçelerde 1,5 X TTB/HUV, Silver Network poliçelerde ise 1 x TTB/HUV üst limiti kadar ödenir. Yurtdışı yatarak tedavilerde 1 X TTB/HUV üst limiti kadar ödemeyapılır.

K.K.T.C yurt dışı olarak kabul edilir.

Yatarak Tedavi Teminatı:

Hastaneye yatmadan önce Ön Onay Formu doldurularak Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'den onay alınmadan gerçekleşen yatarak tedavi kapsamındaki tazminat taleplerinde sigortalıya ödemelerinin yapılabilmesi için Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.' ne iletilmesi gereken evraklar aşağıda belirlenmiştir. Ön Onay alınan işlemler için ödemeler, sigortalı payına düşen kısım hariç olmak üzere direk Anlaşmalı Kurum'a yapılır.

- 1) Dökümlü Hastane faturası ve teminat kapsamındaki giderlere ait diğer faturalar,
- 2) Ayrıntılı ameliyat raporu,
- 3) Müşahade dosyası (İstendiği takdirde), 4) Patoloji raporu (Yapıldığı takdirde),
- 5)Teşhis yöntemleri uygulandıysa sonuçları gösterir raporlar. 6) Epikrizraporu

Titanium ve Platin Network poliçelerde Anlaşmalı kurumlarda Anlaşmasız olarak görev yapan operatör ve anestezi uzmanı ücretleri TTB/HUV Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem birimine göre maksimum 2 x TTB/HUV, Gold Network poliçelerde 1,5 x TTB/HUV, Silver Network poliçelerde ise 1 x TTB/HUV kadar ödenmektedir. Titanium, Platin ve Gold Poliçelerinin tamamında hem kurumun hem doktorun anlaşmasız olduğu durumlarda ödenecek operatör/hekimlik ücreti ise 1 x TTB/HUV Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlandırılmıştır.

Yatarak tedaviler için tazminat taleplerinde operatör ücreti, anestezi ve asistan ücretleri faturalarda ayrı ayrı belirtilmelidir.

Sigortalı, Anlaşmasız sağlık kuruluşlarında gerçekleştirdiği yatarak tedavi tazminat tutarlarını kendisi önce ilgili kuruma ödedikten sonra yaptığı bu ödemenin en kısa sürede hesabına yatırılabilmesini teminen söz konusu tazminatlarına ait rapor ve faturaları Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'ne ulaştırması gerekmektedir.

Ayakta Tedavi Teminatı:

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılan her türlü tedavilerde, tazminat talebinin değerlendirilmesi ve poliçe tanzimi sırasında sigortalı tarafından tercih edilmiş ve kapsam dahilinde ise Hastaneye doğrudan ödeme işleminin tamamlanabilmesi için hasta kabul işlemi sırasında TCKN belirtilerek sigortalılık bilgisinin aktarılması ve işlem yapıldığı dönemde Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Kurum Anlaşmasının devamlılığı gereklidir.

Tedavinin bitiminde, teminat dahilindeki ödemeler sigorta şirketi tarafından Hastaneye yapılır.

Anlaşmasız kurumlarda ve yurt dışında gerçekleşen Ayakta Tedavi Teminatı kapsamındaki tüm işlemler Titanium ve Platin Network poliçelerde TTB/HUV Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem biriminine göre maksimum 2 x TTB/HUV, Gold Network poliçelerde 1,5 x TTB/HUV, Silver Network poliçelerde ise 1 x TTB/HUV kadar teminat limit ve ödeme oranları doğrultusunda ödenmektedir.

Anlaşmasız Sağlık Kuruluşlarında yapılan her türlü tedavi için; Tedaviyi gerçekleştiren doktor tarafından doldurulmuş tazminat talep formu ve ekinde tazminat talebiyle ilgili tüm evrakların;

- fatura
- yapılan tetkiklerin raporları
- ilaç alınmışsa reçeteler
- ilgili ilaç fiyat kupürleri
- ödenen vizite ücreti için doktorun serbest meslek makbuzu ya da fatura asılları ile sigorta şirketine başvurulur. Tüm ödemeler ile ilgili evrak aşağıda belirtilmiştir:

A - Doktor Tedavi Teminatı'na İlişkin Ödemelerde

- 1) Doktor ücretine ait fatura veya serbest meslek makbuzu (Belgelerde mutlaka doktorun kaşesi gerekmektedir).
- 2) Kasa fişleri geçersizdir.

B - İlaç Teminatı'na İlişkin Ödemelerde;

- 1) Doktor reçetesi,
- 2) İlaç küpürleri,
- 3) İlaç giderlerine ait fatura veya kasa fişi.

C - Tahlil Röntgen Teminatı'na İlişkin Ödemelerde;

- 1) Doktorun teşhis veya şüphe ettiği hastalığın adını belirterek yazdığı sevk pusulası veya rapor,
- 2) Teminat kapsamındaki giderlere ait fatura,
- 3) Teşhis yöntemlerinin sonucunu gösterir rapor.

D - Modern Teşhis Yöntemleri Teminatı'na İlişkin Ödemelerde;

- 1) Doktorun teşhis veya şüphe ettiği hastalığın adını belirterek yazdığı sevk pusulası veya rapor, 2
- 2) Teminat kapsamındaki giderlere ait fatura,
- 3) Teşhis yöntemlerinin sonucunu gösterir rapor.

Tazminat talep formunun doldurulamadığı durumlarda hastalık veya yapılan tedavi ile ilgili doktor raporunun (epikriz) sigorta şirketine gönderilmesi gerekmektedir.

Sigorta şirketi, yukarıda istenilen belgelere ek olarak talep edeceği tüm belgelerin kendisine teslimini takiben tazminat talebini işleme alır ve yapılan masrafa konu olan rahatsızlığı sigorta özel ve genel şartları dahilinde değerlendirerek 15 işgünü içinde tazminatı sigortalı / sigorta ettirene öder.

Eğer alınan planda senelik muafiyet veya fatura başına muafiyet uygulaması varsa, yatarak tedavi ve ayakta tedavi teminatları çerçevesinde ödenecek giderler poliçede yazılı yıllık muafiyet limitlerinin veya fatura başına muafiyetlerin altında olamaz. Sigorta şirketi, yukarıda istenilen belgelere ek olarak talep edeceği tüm belgelerin kendisine teslimini takiben muafiyet limitini aşan tazminat talebini işleme alır ve yapılan masrafa konu olan rahatsızlığı sigorta özel ve genel şartları dahilinde değerlendirerek tazminatı sigortalı / sigorta ettirene öder.

Eğer masraflar teminat limitini aşıyorsa fark, sigortalı / sigorta ettiren tarafından karşılanır.

7- SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

Bu poliçede geçerli olan coğrafi sınır sertifikada belirtilmiştir.

Seçilen teminat türüne göre Yurt dışında ve K.K.T.C'de yapılan tedavilere ait giderler, tedavinin yapıldığı ülke parasının fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası efektif satış kuru esas alınarak poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir. Yurt dışındaki tedavilerde, sigortalı tedavi tarihinde tedavinin yapıldığı ülkede bulunduğunu belgelemek kaydıyla poliçedeki teminatlardan yararlanabilir.

Tedavi giderleri ile ilgili dökümanlar, İngilizce dili dışında bir dilde tanzim edilmiş ise, ödemenin yapılabilmesi için tüm dökümanların İngilizce veya Türkçe dillerinden birine noter tasdikli tercümesinin Sigortacıya iletilmesi gerekmektedir.

8- DEMİR HAYAT SİGORTA RİSK KABUL DEĞERLENDİRMESİ

Sigortacı ilk veya yenileme sözleşmesini yaparken poliçeye dahil olacak kişiler için alınacak olan; sigorta ettiren ve/ veya sigortalı adayının başvuru formu beyanını (sağlık bildirimini), varsa ilettiği tıbbi kayıtlarını, kullanmış olduğu tazminatlarını, diğer sigorta şirketleri kayıtlarını, rahatsızlık ve/ veya hastalıklarını sağlık sigortası özel ve genel şartları çerçevesinde değerlendirir. Değerlendirme sonucunda kişiyi poliçe kapsamına alıp almama veya özel şart (muafiyet, limit, katılım payı, ek prim) uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkı mevcuttur. Bu değerlendirme için ek beyanını, eski ve/ veya yeni tarihli raporlarını, gerek görülür ise yeni yapılacak muayene ve tetkik raporunu isteyebilir. Yapılacak değerlendirme ile sigortacının başvurusu reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır. Muafiyet ve/ veya ek şart uygulanması durumunda, poliçe yenilendiği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece, belirtilen muafiyet ve/ veya ek şart devam edecektir. Sigortacı'nın ilk ya da daha sonraki başvuruları reddetme ya da uygun gördüğü koşullarda kabul etme hakkı saklıdır. Sigortacı aldığı kararın sebebini açıklar, fakat haklı olduğunu kanıtlama zorunluluğu yoktur. Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkını kazanmış olan sigortalıların, Yenileme Garantisine ilişkin hükümleri saklıdır.

9- POLİÇE YENİLEMESİ

Sigorta Ettiren; Sigortacı'nın belirlediği şartlar çerçevesinde ve karşılıklı anlaşma ile önceki poliçenin bitiş tarihinden itibaren yenileme süresi içerisinde yeni sözleşme (poliçe) yapılmasını talep edebilir. Aksi durumda yenileme hakkından söz edilemez.

Sigortalının sözleşmenin yenilenmesi sırasında Türk Ticaret Kanunu'nun 1435 ve 1439. ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın

6. Maddesinde düzenlenen beyan yükümlülüğüne uyması şarttır.

Sigortacı yenileme sözleşmesini yaparken risk kabul değerlendirmesi yapabilir (ek prim, bekleme süresi, muafiyet, katılım payı vb) ve kullanıma bağlı olarak ek prim uygulayabilir. Muafiyet ve/veya ek şart uygulanması durumunda, poliçe yenilendiği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece, belirtilen muafiyet ve/veya ek şart devam edecektir. Sigortacının bildirdiği sigortalanma, yenileme şartları kabul edilmediği takdirde sigortacının yenileme yapmama hakkı saklıdır. Ayrıca sigortalıdan ek sağlık bildirimi ve ek tetkikler isteme, gerekli gördüğü hallerde sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutma, teminatlarda kısıtlamaya gitme hakları saklıdır. Sigortacı, sigorta özel şartlarında, prim tarifesinde ve poliçe teminatlarında değişiklik (teminatlara ekleme / çıkartma) yapma haklarına sahiptir. Yapılan bu değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Yenileme Garantisine ilişkin hükümler saklıdır. Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş., Ömür Boyu Yenileme Garantisi almamış olan sigortalıların poliçelerini maksimum 75 yaşına kadar yeniler.

Yabancı Sağlık Sigortası poliçelerinde yenileme yapılmaz.

10- ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Hazine Müsteşarlığı tarafından 23 Ekim 2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği kapsamında tanımlanmış olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı, 23 Nisan 2014 tarihinden sonra ilk kez düzenlenen veya yenilemesi yapılan poliçeler kapsamında aşağıda belirtilen şartların tamamının gerçekleşmesi kaydı ile verilebilecektir;

- Sigortalının Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'de ilk kez ferdi veya grup sağlık sigorta kapsamına girme yaşı 50 'nin altında ise
- En az 3 yıl süre ile Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. de aynı ferdi ürün ve plan kapsamında değişiklik yapılmaksızın kalmış ise
- Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. deki son 3 yıl ferdi sigortalılığı döneminde ortalama sağlık harcaması tutarı/ ödenen prim oranı % 80 ve altında ise
- Yapılacak risk kabul değerlendirmesi sonucunda kanser, kalp kapak hastalığı, kalp ritm bozukluğu, koroner kalp hastalığı, insuline bağlı şeker hastalığı, beyin damar hastalığı, felç, organ yetmezliği (örn.kronik böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği vs.) gibi hastalıklardan herhangi birisi bulunmaması halinde

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. tarafından Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı değerlendirilir. Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş., değerlendirme sonucunda, Ömür Boyu Yenileme Garantisi taşıyacak yeni sözleşmenin şartlarını belirlerken, sigortalının mevcut rahatsızlıklarına hastalık ek primi, limit, katılım payı uygulayabilir veya teminat dışı bırakabilir. Bu şartlar, o tarihten sonra yapılacak tüm yenilemelerde aynen geçerli olacaktır.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş., sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi aldıktan sonraki dönemde;

- Ortaya yeni çıkan hastalık ve rahatsızlıkları nedeniyle teminat kapsamını daraltamaz, teminat limitini düşüremez, sigortalı katılım payını artıramaz, hastalık nedeniyle ek prim alamaz, özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapamaz,
- Ödenen tazminatlar ile ödenen primin oranına bağlı olarak ek prim uygulayamaz

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanmış olan sigortalı, garanti kazandığı dönemdeki teminatlarından daha geniş teminatlar içeren bir plana geçiş talebinde bulunursa Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı düşer. Yeniden değerlendirme yapılır.

Ömür Boyu Yenileme garantisi hakkı kazanmış olsa dahi, sigortalının ilk poliçe başlangıç tarihinden önceye dayanan ve beyan etmediği sağlık sigorta poliçesi tanzim edilmesine engel bir rahatsızlık veya hastalığı olduğunun tespiti halinde TTK ilgili hükümleri uygulanır.

SİGORTACI, işbu “Özel Şartlar - Standart İstisnalar” başlığı altında açıklanan şekilde düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Tarife primleri bir önceki döneme göre maksimum %300 arttırılabilir.

11- DEMİR BEBEK

Kesintisiz olarak Hamilelik ve Doğum Teminatı alınarak yenilenen anne ve babanın beraber kapsam dahilinde olduğu ferdi poliçelerde, doğum giderleri Hamilelik ve Doğum teminatı kapsamında Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. tarafından karşılanan yeni doğan çocuklar; hastaneden çıkışı takip eden ondört gün içerisinde Başvuru Formu ile sağlık bildiriminde bulunulması kaydıyla, Başvuru Formu'nun doldurulma tarihi baz alınarak sigortaya kabul edilecektir. Bu şartlarla ferdi sigortaya kabul edilen bebeklerin doğuştan gelen hastalıkları ve sakatlıkları teminat kapsamında olup Özel Şartlar Madde 4 de belirtilen bekleme süreleri bu çocuklar için uygulanmayacaktır.

Demir Bebek hakkını elde eden sigortalılara, 3. yılı dolduktan sonra, takip eden yıldan itibaren istediği zaman kullanmak üzere 150 TTB/HUV birimi karşılığı limitle sünnet giderleri teminat kapsamında ödenir. Demir Bebek hakkını elde eden ancak doğuştan gelen sağlık riski olan bebeklerin poliçeye giriş şartlarının belirlenmesi için Demir Sağlık ve Hayat Sigorta Risk Kabul Müdürlüğünün görüşünün alınması gerekmekte olup yapılacak risk kabul değerlendirmesine göre gerek görülürse ek prim uygulanabilecek ve bu ek prim aynı oranda her poliçe yenileme döneminde devam edecektir.

12- SİGORTANIN SÜRESİ VE PRİMLER

Police, başlangıç tarihinden itibaren 1 yıl süre ile geçerlidir. Police teminatları police başlangıç tarihinde Türkiye saati ile öğlen saat 12:00 de başlar ve police bitiş tarihinde Türkiye saati ile öğlen saat 12:00 de sona erer.

Police primi hesaplanırken kullanılan yaşlar, police başlangıç tarihi baz alınarak hesaplanır.

Yaş, bu tarih ile doğum tarihi farkının "gün/ay/yıl" olarak hesaplanması ile bulunur. Hesaplama kişinin en yakın yaşı dikkate alınarak ilgili tarife primi uygulanır. Check-up, kontrol mamografisi, PSA teminatlarının geçerli olması için de bu hesaplama dikkate alınır.

Sağlık sigortası teminatları, sigortalı tarafından doldurulan başvuru formunun sigortacı tarafından kabul edilip, risk kabul değerlendirmesinin tamamlanmasını takiben primin tamamı veya belirlenen ilk taksidin ödenmesi koşulu ve polisenin tanzim edilmesi ile başlar.

Nihai primler, sigortalının yaşı, cinsiyeti, sağlık enflasyonu, ikamet edilen il ve seçilen teminatlar dikkate alınarak hesaplanan standart tarife primine, varsa sigortalının sağlık riskine bağlı olarak öngörülen sigortacının yürürlükteki risk kabul değerlendirmesi uyarınca ek prim ve/ veya kullanım ekprim/ indirimi uygulanarak oluşturulmaktadır. Risk kabul değerlendirmesi sonucunda sigortalıya tarife primine ek olarak %20 ila %200 arasında değişebilecek hastalık ekprimi uygulanabilecektir. Yenileme garantisine ilişkin hükümler saklıdır.

Her sigortalı için ayrı prim alınmaktadır.

Tarife primleri bir önceki döneme göre maksimum %300 arttırılabilir.

13- SİGORTAYA KABUL ve KONTROL YETKİSİ

Bu sigorta teminatları, sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden ve Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası veya yabancı kimlik numarası sahibi gerçek kişiler için geçerlidir.

Bu sigorta 0-60 yaşındaki kişileri teminat altına alır. Talep edilmesi durumunda sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş ve orta veya yüksek öğrenimine devam eden bekar çocukları da 24 yaşına kadar (24 yaş dahil) sigorta teminatına dahil edilebilirler. Yenileme Garantisi bulunmayan sigortalıların poliçeleri Şirket tarafından önerilen yenileme primi ve şartları ile 75 yaşına kadar yenilenebilir.

Sigorta kapsamına kabulde her bir kişi için ayrı ayrı sağlık bildiriminde bulunulması şarttır. Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. bu bildirimin değerlendirilmesiyle bu kişiyi sigortaya kabul edip etmeme, ek prim, katılım payı uygulama, bazı hastalıkları belli bir süreyle veya tamamen teminat kapsamı dışında bırakma hakkına sahiptir. Yenileme Garantisine ilişkin hükümler saklıdır.

Sigorta Ettiren/ Sigortalı adaylarının, gerek ilk başvuruları gerekse sonradan yapacakları bütün başvurular için Sigortacı tarafından verilecek formların eksiksiz ve doğru olarak doldurulması, şirketin sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek bütün halleri bildirilmesi şarttır. Yenileme Garantisine ilişkin hükümler saklıdır.

Sigortacı'nın ilk ya da daha sonraki başvuruları reddetme ya da uygun gördüğü koşullarda kabul etme hakkı saklıdır. Sigortacı aldığı kararın sebebini açıklar, fakat haklı olduğunu kanıtlama zorunluluğu yoktur.

Sigortalı, devamlı ikamet ettiği ülkenin değişmesi halinde sigortacıyı en geç bir ay içinde durumdan yazılı olarak haberdar etmelidir. Aksi takdirde sigortacı böyle bir durumun tespiti amacıyla pasaport talep etme ve police kapsamında verilmiş ise yurt dışı tedavi giderleri teminatı kapsamında tazminat ödemesi yapmama hakkını elinde tutar.

Sigortacı sigortalının sağlık riskini değerlendirebilmek için tıbbi incelemeler ve sigortalıdan ve/ veya 3. kişilerden ek bilgi ve belge isteme, hekim görüşüne başvurma hakkına sahiptir. Bu durumda

oluşabilecek masraflar Şirketçe karşılanır. Sağlık durumu ve/ veya Risk Kabul Değerlendirmesi doğrultusunda şirketin başvuru reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır.Yenileme Garantisine ilişkin hükümler saklıdır.

Başvurunun kabul edilmesinden önce ilk prime mahsup edilmek üzere para alınsa bile, Sigortacı başvuru reddetme hakkını saklı tutar ve red edilmesi durumunda Sigortacı kapora olarak ödenen meblağı Sigorta Ettiren'e iade eder.

Sigortacı, gider bildiriminde bulunulması durumunda veya sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir. Ayrıca sigorta süresi öncesinde ve sigortalı olunan sürece, sigortalıyı tedavi eden tüm doktor, sağlık kuruluşu ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma ve her türlü kayıt kopyalarını isteme hakkına da sahiptir. Sigortalı bu nedenden dolayı gerek Sigortacıya ve gerekse tedavisi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarına karşı herhangi bir hak iddia etmeyeceğini kabul eder. Sigortacı kendi adına, gerçekleşen giderleri incelemek için bağımsız temsilciler atayabilir. Sigorta Şirketi, 5684 numaralı Sigortacılık Kanunu hükümleri gereği sigorta ettiren ve sigortalıya ait tüm bilgileri gizli kalması kaydı ile Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Hazine Müsteşarlığı ve kanunen bilgi vermekle yükümlü olduğu kurum ve kuruluşlarla paylaşacağı gibi bilgi de alabilecektir. Sigorta ettiren ve sigortalı, poliçe başvuru aşamasında verdiği yazılı onayla bu konuda Sigorta Şirketini yetkili kıldığını kabul eder.

14- GEÇİŞ İŞLEMLERİ, KAZANILMIŞ HAKLAR

Kazanılmış haklarla, özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması kastedilmektedir.

Sigortalının başka bir sigorta şirketindeki sağlık poliçesinin geçiş olarak alınması işlemlerinde, kazanılmış hakların verilebilmesi için, sigortalının bir önceki poliçesinde en az kesintisiz 12 ay sigorta kapsamında olması ve sigorta bitiş tarihini takip eden maksimum 30 gün içerisinde şirketimize başvuru formu ile başvuruda bulunulmuş olması gerekmektedir. Kişinin diğer sigorta şirketi/ şirketlerindeki ilk sigortalanma tarihinden de önceye dayandığı tespit edilen rahatsızlıkları önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi bu rahatsızlıklar teminat haricidir.

Sigortalının, önceki poliçesinin özel şartlarında/ teminatlarında yer alan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir. Diğer sigorta şirketinde sigortalının hamilelik ve doğum ile ilgili kazanılmış hakkı olsa dahi Demir Sağlık ve Hayat Sigorta'da hamilelik ve doğum teminatı ilk yıl sayılacaktır. Kişinin ömür boyu yenileme garantisi veya diğer yenileme taahhütleri kazanılmış hak olarak transfer edilmez.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. kişiyi başka sigorta şirketinden geçiş alması durumunda sağlık risk kabul değerlendirmesi yapma, bazı hastalıkları teminat dışı bırakma ve/ veya şartlı kabul etme hakkına sahiptir.

Geçiş işlemi sigorta şirketi veya Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.deki poliçelerden sadece eşdeğer teminatları içeren sağlık sigortalarında yapılabilir. Acil sağlık, hastalık sigortaları, seyahat sağlık sigortaları, tamamlayıcı sağlık sigortaları v.b. sigortalardan bu sigortaya geçiş yapılamaz.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. hak transferi kapsamında sigortalı lehine de değişiklik yapabilir.

Sigortalı, tüm sigorta şirket(ler)ine verdiği sağlık beyanında Türk Ticaret Kanunu'nun 1435. ve 1439. ve Sağlık Sigortası Genel Şartlar Madde 6 – 7 de belirtilen beyan ve ihbar yükümlülüğüne uymadığı takdirde kazanılmış hakından söz edilemez.

Başvuru aşamasında önceki sigortalılığa ilişkin bildirim yapılmaması durumunda geçiş hakkından bahsedilemez.

15- SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ VE SİGORTAŞARTLARINDA DEĞİŞİKLİK HAKKI

Sigorta süresi içinde kanuni durumlar hariç yeni giriş işlemleri yapılmamaktadır. Bu tür talepler yenileme döneminde başvuru formu ile yapılabilir.

Sigorta Ettirenin, Kanunen Bakmakla Yükümlü olduğu kişileri poliçe ile teminat altına alınmasını yenileme döneminde teklif etmeye hakkı vardır.

Sigortalının sigorta başlangıcından sonra gerçekleşen bir evliliğin akabinde eşi; evlilik tarihinden itibaren 30 gün içinde güncel beyanlı başvuru formu ile resmen sigortacıya bildirilmesi durumunda, Sigorta'cı tarafından yapılacak risk kabul değerlendirmesi sonrasında kişinin girişinin kabul edilmesi durumunda, poliçenin yürürlükte olduğu kalan dönem için gün esası üzerinden hesaplanacak prim ile poliçeye dahil edilir.

Poliçe kapsamındaki anne veya babanın yeni doğan bebekleri ve evlat edinilmiş çocukları, doğum giderleri poliçe kapsamında tazmin edilmiş olup olmadığına bakılmaksızın, doğum ve evlat edinme tarihini takip eden 30 gün içerisinde güncel beyanlı başvuru formu ile talep edilmesi, Sigortacı'nın risk kabul değerlendirmesi doğrultusunda değerlendirilerek bu başvuruyu kabul etmesi durumunda, poliçenin yürürlükte olduğu kalan dönem için gün esası üzerinden hesaplanacak prim ile poliçeye dahil edilir. Yeni doğan bebekler en erken doğum tarihini takip eden 14 gün sonra sigorta kapsamına alınmaktadır.

Sigortacı, verdiği kararla ilgili herhangi bir neden veya gerekçe göstermeden, teminat altına alınması istenen Kanunen Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişilerin ilave edilmesini reddetme, özel veya standart şartlarla kabul etme hakkını saklı tutmaktadır.

Sigorta Ettiren ve/ veya Sigortalı yıl içerisinde plan değişikliği talebinde bulunamaz. Plan değişikliğinin yenileme döneminde poliçe düzenlenmeden talep edilmesi halinde, Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. tarafından değerlendirmeye alınır. Risk Kabul Departmanı tarafından yapılacak risk kabul değerlendirmesi sonucuna göre şirketin başvuruyu reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır. Plan değişikliği taleplerinde Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'nin sigortalanma şartlarının belirlenmesi veya değiştirilmesi amacı ile isteyebileceği ek tetkikler için sigorta şirketi tarafından ödeme yapılmaz.

Yıl içerisinde kişi çıkışı talepleri madde 17'de açıklanmıştır.

Poliçe'ye yapılacak herhangi bir ilave veya değişikliğin geçerli olabilmesi için Sigortacı tarafından kabul edilip onaylanması gerekir.

16- HASAR İNDİRİM / EK PRİMİ

Ferdi Poliçelerde Sigortalılara, sigorta sözleşmesini şirketimizde kesintisiz olarak yenilemeye karar verdiğinde, sona eren poliçesi ayakta ve yatarak tedavi teminatları içeriyorsa, ayakta tedavi ödenen hasar / ayakta tedavi standart tarife prim oranına göre, yeni düzenlenecek poliçesinin ayakta tedavi primine hasar indirimi / ek primi uygulanır.

Hasar Ekprim uygulaması, "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" almış sigortalılar için geçerli değildir. Hasar / Prim oranına göre hak edilen bir indirim oranı var ise ilgili indirim Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış olan sigortalılar için de uygulanır.

Teminat değiştirilmesi halinde hasarsızlık indirimi uygulanmaz.

Yatarak + Ayakta Teminatlı Poliçeler İçin Hasar İndirim / Ek prim oranları:

AyaktaHasar/Prim%	İndirim %	Ekprim %
0%	50%	
% 0,1 - % 25	30%	
% 25,01 - % 40	20%	
% 40,01 - %60	10%	
% 60,01- % 100	0%	
% 100,01- % 150		20%
% 150,01 - % 200		40%
% 200,01 üzeri		60%

Ayakta hasar/prim oranı, sigortalının yıl içerisindeki ayakta tedavi tazminat tutarlarının var ise hasar indirim / ek prim oranı hariç olarak hesaplanan ayakta tedavi primine (standart ayakta tedavi tarife primine) bölünmesi yoluyla hesaplanır.

Sigortalı'nın, hasarsızlık indirimi veya ek primine hak kazandığı Sigorta Sözleşmesi dönemi için daha sonra tazminat alması halinde, yeni hasar/prim oranına göre oluşacak fark tutarı zeylname ile prime ilave edilir.

Sadece yatarak tedavi teminatı içeren poliçeler için ise hasar/prim oranına göre hasarsızlık indirimi uygulanır ancak ödenen hasar , ödenen prim üzerinde olsa dahi her hangi bir kullanıma bağlı ekprim alınmaz. Yatarak hasar/prim oranı , sigortalının yıl içerisindeki yatarak tedavi tazminat tutarlarının var ise hasar indirim oranı hariç olarak hesaplanan poliçe primine (standart yatarak tedavi tarife primine) bölünmesi yoluyla hesaplanır.

Sadece Yatarak Teminatlı Poliçeler İçin Hasarsızlık İndirim oranları:

YatarakHasar/Prim%	İndirim %
0%	20%
% 0,1 - % 50	10%
% 50 üzeri	0%

Sigortalıya yenilemede hasarsızlık indirimi veya hasar/prim ekprimi uygulaması yapılması için mevcut poliçede en az 6 ay kalmış olması gerekir. 6 aydan kısa süre için poliçeye zeyl ile giren sigortalıya kullanım nedenli indirim veya ek prim uygulanmaz.

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

Sigorta Ettiren, bu Poliçe'nin iptal edilmesini geçerlilik tarihini bildirerek yazılı olarak bildirmesi kaydı ile Sigortacı'dan resmen talep etme hakkına sahiptir.

Sigorta Ettiren'in, primi ödememesi veya yanlış beyanda bulunması halinde, Sağlık Sigortası Genel Şartları'na uygun olarak Sigortacı bu Poliçe'yi gün esasına göre iptal etme hakkına sahiptir.

Prim borcunun zamanında ödenmemesinin sonuçları Türk Ticaret Kanunu'nun 1434.maddesinde ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarının 8. maddesinde açıklanmıştır

Sigorta Ettiren'in iptal talebinde bulunması halinde ise, Sigortacı ilgili prim iadesini, İptal Tarihi'nden başlayıp Bitiş Tarihi'ne kadar olan süre esas alınarak gün esasıyla hesaplayacaktır. Sigorta ettirenin

iptal talebinde bulunması sırasında prim borcu var ise mevcut prim borcunu nakden ve def'aten ödemekle yükümlüdür. Poliçenin iptal edilmesi veya Sigortalı 'nın poliçe kapsamından çıkması halinde, poliçe kapsamı dışında kalan bu kişiler adına düzenlenmiş evrakların Sigortacı'ya iade edilmesi sorumluluğu Sigorta Ettiren'e aittir. Evrakların eksik olarak teslim edilmesinden doğacak kayıplar Sigorta Ettiren'e rücu edilir.

Sigorta ettirenin borçlarını ödeyememesi, zorunlu veya isteyerek tasfiyeye girmesi, konkordato ilan etmesi veya yönetiminin kayyuma devredilmesi, işini herhangi bir nedenden terk etmesi veya bunlara benzer hareketleri ile borçlarını ödeyemeyeceği izlenimini vermesi, sözleşme süresi içinde iflas etmesi, faaliyetlerini tatil etmesi veya borçlarını ödemede acze düşmesi, sözleşmenin devamını imkansızlaştıracak mahiyette mahkum olması hallerinde sigorta sözleşmesi kendiliğinden münfesi olur.

Aile kapsamında bulunan çocuğun 18 yaşını doldurması veya evlenmesi halinde sigortalılığı sona erer. Çocuğun 18 yaşını doldurmasına rağmen tam gün eğitimine devam etmesi halinde sigortalılığı 24 yaşına kadar (24 yaş dahil) devam eder. Bu

süre zarfında evlenmesi veya eğitiminin herhangi bir nedenle bitmesi halinde sigorta ettiren tarafından 30 gün içerisinde bu durumun bildirilip sigorta poliçesinden çıkması talep edilmelidir.

Bu Poliçe ile teminat altına alınan Sigortalı, Kanunen Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi tanımlamalarından çıkmış ise, bu durumun meydana gelmesinden sonra 30 gün içerisinde Sigorta Ettiren Sigortalının Poliçeden çıkarılmasını Sigortacıdan resmen talep etmelidir. Çıkarma işlemi ile ilgili olarak Sigortacı'nın Sigorta Ettiren'e borçlu olacağı herhangi bir prim iadesi, çıkarma tarihinden başlayarak ilgili Poliçe'nin Bitiş Tarihi'ne kadar, gün esasıyla hesaplanacaktır.

Tüm yukarıda ifade edilen sebepler nedeni ile yapılacak poliçe iptali veya sigortalı çıkışı durumlarında; riziko gerçekleşince, ödenecek tazminata veya bedele ilişkin primlerin tümü muaccel olur.

18. SİGORTA ETTİRENİN VEYA SİGORTALININ VEFATI

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalının vefatı durumunda ise Sigortacı aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar.

Sigorta Ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren ile poliçede yer alan Sigortalı/ Sigortalıların farklı olması durumunda Sigortacı sigortalıları yazılı veya elektronik ortamda bilgilendirir. Sigortalıların Sigorta Ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde hemen başvurmaları kaydı ve Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının sigortacı'ya iletilmesi halinde Sigorta Ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda madde 17'de belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçede, Sigorta Ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde madde 17'de belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlem yapılarak iade edilecek prim tutarı söz konusu olursa iade kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu Poliçelerde, Sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Madde 17'de belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi Sigorta Ettiren'e yapılır.

Vefat eden sigortalıya ait ödenmemiş sağlık giderleri varsa kanuni varislerine ödenebilmesi için veraset ve vergiye ilişkin evrakların, sigortalının kanuni varisleri tarafından Sigortacıya iletilmesi gerekir.

Vefat nedeni ile iptal olan poliçelerde, hakedilen prim gün esasına göre hesaplanır.

Vefat nedeni ile yapılacak poliçe iptali veya sigortalı çıkışı durumlarında; riziko gerçekleşince, ödenecek tazminata veya bedele ilişkin primlerin tümü muaccel olur.

19. KÖTÜ NİYET SONUCU İPTAL

Sigorta poliçesi ile teminat altına alınmayan kişilerin bu poliçenin teminatlarından yararlandığının ve/veya sigorta şirketinin tazminat ödeme kararına temel teşkil etmesi için gerçekleştirdiği araştırmalarda sigortalının bilgisi dahilinde şirketin yanlış veya eksik yönlendirilmesinin saptanması durumunda Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. kişinin sigortasını prim iadesi yapmadan iptal etme, ödemiş olduğu tazminatı geri isteme hakkına sahiptir.

20. SİGORTA SÜRESİNİN SONA ERMESİNDEN SONRAKİ TEDAVİLER

Sigorta süresinin sona ermesi ve başka bir sigorta şirketinde veya Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'de yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, sona erme tarihinden önce Sigortacıya bildirilen ve kabul görerek başlamış tedaviler için, teminat limitleri ve özel şartlara tabi olmak şartıyla, hastanede yatarak tedavi gören sigortalı için teminat tedavi sonuna kadar devam eder. Ancak bu süre hiçbir şekilde poliçenin sona erme tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

21. RÜCU HAKKI

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.

22. UYARILAR VE BİLGİLENDİRMELER

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'in Anlaşmalı ve İndirimli sağlık kurumu olarak listelediği herhangi bir kurum, kuruluş ve/veya kişinin; Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'in Sigortalılarına ekonomik bir fayda temin etmeye yönelik ve Sigortalıların bu kişi, kurum veya kuruluşları seçip seçmemekte tamamen serbest olduğu ek bir hizmetidir. Bu hizmet, hiçbir şekilde Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. tarafından yapılan bir tavsiye veya yönlendirme olarak değerlendirilmeyeceği gibi, anılan kişi, kurum veya kuruluşun tanı, tedavi, tedavi sonrası değerlendirmeleri ile her türlü kontrol ve tarama amaçlı tetkiklerine dair uygulamalar ve sonuçları açısından hiçbir şekilde bir garanti anlamına

gelmemektedir.

Sigortalı / Sigorta Ettiren / Lehdar / Hak Sahibi sıfatını haiz olduğunuz sigorta ilişkisinde tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermeniz durumunda, tazminatı eksik alma veya alamama hâlleri ortaya çıkabileceği gibi 30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Hükümleri" çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

Hazine Müsteşarlığı'nca 23 Ekim 2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmış Özel Sağlık Sigortaları yönetmeliği gereğince; Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. sigortalıya ilişkin sigortalılık kayıtları ve diğer sağlık ve kişisel bilgileri Hazine Müsteşarlığı ve diğer mevzuat ve kanunların öngördüğü kapsamda SBGM (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi) ve diğer resmi kurum, kuruluşlarla paylaşır.

Sağlık sigortası başvuru formunun doldurulması ve imzalanmasını takiben police tanzimine onay vermekle, Sigortalı/sigorta ettiren sıfatı ile Şirketimizle yapılacak olan sağlık sigortası sözleşmesi kapsamında, sağlık sigortası teklifi sunulabilmesi, sağlık riski değerlendirmesi yapılabilmesi, sigorta poliçesi kapsamındaki yükümlülüklerin yerine getirilebilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla kişisel sağlık verilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve sağlık durumunuz ile ilgili bilgi ve kayıt kopyalarının Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, sağlık kurum ve kuruluşlarından, mevcut ve/veya diğer sağlık sigortası şirketlerinden, hekimlerden ve/veya ilgili mevzuat ile belirlenen tüm kamu ve özel kurum ve kuruluşlardan ve üçüncü şahıslardan edinilmesine, toplanmasına, işlenmesine, güncellenmesine, periyodik olarak kontrol edilmesine, veri tabanında tutulmasına, işlenmesine ve saklanmasına; gerektiği takdirde ilgili kamu kurum ve kuruluşlarıyla, sözleşmenin mahiyeti gereği 3. kişi ve kuruluşlarla, Türkiye'de veya yurtdışında mukim olan hizmet sağlayıcı firmalar ile paylaşılmasına ve kişisel verilerimin bunlar tarafından da tutulması, saklanması ve işlenmesine rıza vermiş durumdasınız.

Kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerinizin ne kapsamda saklandığı ve hangi 3. Kurum ve kuruluşlarla paylaşıldığı konularında talep etmeniz halinde bilgilendirilme hakkınız vardır. Police ilişkisi bitmesi halinde kişisel verileriniz kanunen ön görülen saklama süreleri dahilinde sistemimizde tutulduktan sonra silinecek veya anonim hale getirilecektir.

**DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.
ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI**

**DEMİR SAĞLIK VE HAYAT
SİGORTA A.Ş.
İç Anadolu Bölge Müdürlüğü**

Mersis No: 0278006738500017

Büyükdere Cad. Özsezen İş Merkezi 124/B 34394 Şişli / İSTANBUL Tel: +90 (212) 288 68 51 pbx Fax: +90 (212) 274 65 85

Ehlibeyt Mahallesi, Ceyhan Atrıf Kansı Caddesi,

Tel: +90 (312) 466 02 80 pbx Fax: +90 (312) 427 39 82

Başkent Plaza No:106 Kat:12/44 06000 Balgat - Çankaya /ANKARA